PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.

1932
ZESZYT
1

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: WŁADYSŁAW KOZŁOWSKI

ROK XI STYCZEŃ — LUTY 1932 r. ZESZYT 1

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

ORGAN ZWIĄZKU
PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE.
Dwumiesięcznik Poświęcony Sprawom Ubezpieczeniowym i Ekonomicznym.
WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: WŁADYSŁAW KOZŁOWSKI.

TREŚĆ:

1. O przeciętnych składkach Kas Wzajemnej Pomocy. *Dr. S. Romanowski.*
2. Średniowiecze asekuracji. (Dokończenie). *Prof. I. Eichstaedt.*
3. Reforma systemu ubezpieczeń społecznych, a zasada przymusowej oszczędności i częściowego ubezpieczenia. *Dr. Jan Kroe.*
4. Socjalna działalność ubezpieczeń prywatnych. *Dr. Marcin Goldman.*
5. Zagadnienie „Dumpingu Wewnętrznego". *T. Nowacki.*
6. Uwagi do artykułu D-ra Pomeranza zamieszczonego w Nr. 6 z r. 1931 p. t. „Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek niezdolności do pracy". *Dr. Goldman.*
7. Kronika krajowa.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Chmielna 2. Tel. 265-45.
Konto w P. K. O. Nr. 5.785.

ROK XI STYCZEŃ—LUTY 1932 r. ZESZYT 1

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

ORGAN ZWIĄZKU
PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE.
DWUMIESIĘCZNIK
Poświęcony Sprawom Ubezpieczeniowym i Ekonomicznym
WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: WŁADYSŁAW KOZŁOWSKI.

O PRZECIĘTNYCH SKŁADKACH KAS WZAJEMNEJ POMOCY.

W niniejszym artykule ograniczymy się do teoretycznej dyskusji następującego zagadnienia:

„n” osób jakiegoś kolektywu (n. p. pracownicy jakiejś instytucji) ubezpieczają się wzajemnie w ten sposób, że każda z tych osób wpłaca rocznie pewną składkę „P”, wzamian za co kolektyw zobowiązuje się względem każdego ze swych członków do pewnych z góry wyznaczonych świadczeń płatnych w wypadku zajścia okoliczności związanej z przebiegiem życia i pracy każdego z tych członków. Zagadnienie, którem się zajmiemy, polega na znalezieniu możliwie najprostszej metody obliczenia tej składki, wychodząc z założenia, że ta składka winna być jednakową dla wszystkich członków, lub dla poszczególnych ściśle określonych grup tychże.

Składki, które, jak przypuszczamy, mogą być obliczone indywidualnie, zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej powinny wystarczyć:

a) na pokrycie bieżących świadczeń,

b) „ „ kosztów prowadzenia Kasy,

c) „ „ możliwych niekorzystnych wychyleń przypuszczalnej ilości wypadków, powodujących świadczenia.

Obliczenie składki netto.

Przypuśćmy, że członkowie Kasy składają się z

$$\begin{array}{lcl} n_1 & \text{osób wieku} & x_1 \\ n_2 & \dots \quad \dots & x_2 \\ . & . \; . \; . \; . \; . & . \\ n_k & \dots \quad \dots & x_k \end{array}$$

i niech $p_1, p_2, \dots p_k$ oznaczają roczne premje netto, obliczone jednostkowo dla każdego z wieków $x_1, x_2, \dots x_k$. Jeżeli przez A_{x_j} oznaczymy składkę jednorazową członka w wieku x_j w chwili założenia Kasy, zaś przez a_{x_j} odpowiednią rentę życiową (ewentualnie rentę aktywnych), to po upływie „t” lat ogólna

matematyczna rezerwa składek, obliczona wychodząc ze składek indywidualnych p_j będzie równała się sumie:

$$n_1 (A_{x_1+t} - p_1 a_{x_1+t}) + n_2 (A_{x_2+t} - p_2 a_{x_2+t}) + \dots + n_k (A_{x_k+t} - p_k a_{x_k+t}) =$$

$$(1) \quad = \sum_{j=1}^{k} n_j (A_{x_j+t} - p_j a_{x_j+t}) = \sum_{j=1}^{k} n_j A_{x_j+t} - \sum_{j=1}^{k} n_j p_j a_{x_j+t}$$

Całkiem podobnie napiszemy wzór dla pełnej matematycznej rezerwy, wychodząc z założenia, że wszyscy członkowie Kasy płacą jedną i tę samą przeciętną składkę p. Wzór ten otrzymamy z sumy (1) przyjmując w niej

$$p_1 = p_2 = \dots = p_k = p;$$

wtedy

$$\sum_{j=1}^{k} n_j p_j a_{x_j+t} = \sum_{j=1}^{k} n_j p a_{x_j+t} = p \sum_{j=1}^{k} n_j a_{x_j+t}$$

i rezerwa ta napisze się jako różnica sum

$$(2) \quad \sum_{j=1}^{k} n_j A_{x_j+t} - p \sum_{j=1}^{k} n_j a_{x_j+t}$$

z których pierwsza wyraża sobą zobowiązania Kasy względem jej członków po upływie „t" lat, zaś druga — spodziewaną wartość przyszłych składek. Jeżeli w chwili założenia Kasy istniał już pewien kapitał zakładowy „Q", który po upływie „t" lat będzie równał się Q_t, to po czynnej stronie bilansu Kasy, wraz ze spodziewaną wartością składek $p \sum_{j=1}^{k} n_j a_{x_j+t}$ dopisze się też kapitał Q_t. Po stronie biernej możemy nadal uważać sumę $\sum_{j=1}^{k} n_j A_{x_j+t}$, z czego wynika, że za wzór pełnej matematycznej rezerwy Kasy możemy w wypadku istnienia kapitału „Q" przyjąć bardziej ogólną różnicę:

$$(3) \quad \sum_{j=1}^{k} n_j A_{x_j+t} - p \sum_{j=1}^{k} n_j a_{x_j+t} - Q_t$$

Różnicę pomiędzy wzorami (1) i (3) będziemy rozpatrywać jako funkcję wielkości przeciętnej składki „p":

$$f(p) = \sum_{j=1}^{k} n_j A_{x_j+t} - \sum_{j=1}^{k} n_j p_j a_{x_j+t} - \left(\sum_{j=1}^{k} n_j A_{x_j+t} - p \sum_{j=1}^{k} n_j a_{x_j+t} - Q_t \right) =$$

$$(4) \quad = p \sum_{j=1}^{k} n_j a_{x_j+t} - \sum_{j=1}^{k} n_j p_j a_{x_j+t} + Q_t$$

Niech dla skrócenia a_t i b_t oznaczają:

$$a_t = \sum_{j=1}^{K} n_j a_{x_j+t}; \qquad b_t = \sum_{j=1}^{K} p_j n_j a_{x_j+t},$$

wtedy (5) $f(p) = a_t p - b_t + Q_t$

Funkcja $f(p)$ jest niczem innem jak odchyleniem po „t" latach matematycznej rezerwy Kasy przy uiszczaniu przeciętnej składki „p" od rzeczywiście potrzebnej rezerwy obliczonej metodą jednostkową za pomocą ścisłych indywidualnych premij $p_1, p_2, \dots p_k$. Naszem zdaniem rezerwa liczona wychodząc z indywidualnych premij jest jedyną miarodajną wielkością wskazującą granicę od jakiej powinna jak najmniej odbiegać rezerwa Kasy (liczona jakąkolwiek inną metodą), ażeby roszczenia względem ubezpieczonych miały swoje pokrycia.

To nam wskazuje zupełnie naturalną drogę do obliczenia przeciętnej składki „p", wyznaczając ją warunkiem, ażeby suma absolutnych wartości odchyleń $f(p)$ dla szeregu pierwszych lat trwania Kasy, lub, jak to się powszechnie używa w statystyce, suma drugich potęg odchyleń $[f(p)]^2$ dla tego szeregu lat była najmniejszą możliwą. Niech naprzykład dla pierwszych pięciu lat $F(p)$ oznacza funkcję:

$$F(p) = (a_1 p - b_1 + Q)^2 + (a_2 p - b_2 + Q_2)^2 + \dots\dots + (a_5 p - b_5 + Q_5)^2$$

Z pochodnego równania:

$$2a_1 (a_1 p - b_1 + Q_1) + 2a_2 (a_2 p - b_2 + Q_2) + \dots\dots + 2a_5 (a_5 p - b_5 + Q_5) = 0$$

napiszemy odrazu, że

$$p (a_1^2 + a_2^2 + \dots\dots + a_5) =$$

$$= a_1 b_1 + a_2 b_2 + \dots\dots + a_5 b_5 - a_1 Q_1 - a_2 Q_2 - \dots\dots - a_5 Q_5$$

skąd niewiadoma przeciętna składka „p" powinna równać się

$$(6) \quad p = \frac{\Sigma ab - \Sigma aQ}{\Sigma a^2} = \frac{\Sigma a (b - Q)}{\Sigma a^2}$$

gdzie stałe a, b, Q mają dla pierwszych 5 lat wartości następujące:

$$a_1 = n_1 a_{x_1} + 1 + n_2 a_{x_2} + 1 + \dots + n_k a_{x_k} + 1;$$

$$b_1 = p_1 n_1 a_{x_1} + 1 + p_2 n_2 a_{x_2} + 1 + \dots + p_k n_k a_{x_k} + 1$$

$$a_2 = n_1 a_{x_1} + 2 + n_2 a_{x_2} + 2 + \dots + n_k a_{x_k} + 2;$$

$$b_2 = p_1 n_1 a_{x_1} + 2 + p_2 n_2 a_{x_2} + 2 + \dots + p_k n_k a_{x_k} + 2$$

— — — — — — — — — — —

$$a_5 = n_1 a_{x_1} + 5 + n_2 a_{x_2} + 5 + \dots + n_k a_{x_k} + 5;$$

$$b_5 = p_1 n_1 a_{x_1} + 5 + p_2 n_2 a_{x_2} + 5 + \dots + p_k n_k a_{x_k} + 5$$

zaś Q_t jeżeli wzrost tego kapitału zależy jedynie od oprocentowania

$$Q_1 = Q(1+i), \quad Q_2 = Q(1+i)^2, \quad \dots \quad Q_5 = Q(1+i)^5$$

TABLICA I

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
x_1	n_1	p_1	a_{x_1+1} $n_1 a_{x_1+1}$	$n_1 p_1 a_{x_1+1}$	a_{x_1+2} $n_1 a_{x_1+2}$	$n_1 p_1 a_{x_1+2}$	a_{x_1+3} $n_1 a_{x_1+3}$	$n_1 p_1 a_{x_1+3}$	a_{x_1+4} $n_1 a_{x_1+4}$	$n_1 p_1 a_{x_1+4}$	a_{x_1+5} $n_1 a_{x_1+5}$	$n_1 p_1 a_{x_1+5}$
x_2	n_2	p_2	a_{x_2+1} $n_2 a_{x_2+1}$	$n_2 p_2 a_{x_2+1}$	a_{x_2+2} $n_2 a_{x_2+2}$	$n_2 p_2 a_{x_2+2}$	a_{x_2+3} $n_2 a_{x_2+3}$	$n_2 p_2 a_{x_2+3}$	a_{x_2+4} $n_2 a_{x_2+4}$	$n_2 p_2 a_{x_2+4}$	a_{x_2+5} $n_2 a_{x_2+5}$	$n_2 p_2 a_{x_2+5}$
x_k	n_k	p_k	a_{x_k+1} $n_k a_{x_k+1}$	$n_k p_k a_{x_k+1}$	a_{x_k+2} $n_k a_{x_k+2}$	$n_k p_k a_{x_k+2}$	a_{x_k+3} $n_k a_{x_k+3}$	$n_k p_k a_{x_k+3}$	a_{x_k+4} $n_k a_{x_k+4}$	$n_k p_k a_{x_k+4}$	a_{x_k+5} $n_k a_{x_k+5}$	$n_k p_k a_{x_k+5}$
			a_1	b_1	a_2	b_2	a_3	b_3	a_4	b_4	a_5	b_5
			a_1^2	$a_1 b_1$	a_2^2	$a_2 b_2$	a_3^2	$a_3 b_3$	a_4^2	$a_4 b_4$	a_5^2	$a_5 b_5$
			Q_1	$a_1 Q_1$	Q_2	$a_2 Q_2$	Q_3	$a_3 Q_3$	Q_4	$a_4 Q_4$	Q_5	$a_5 Q_5$

W praktyce liczenia najlepiej prowadzić w porządku podanym w tablicy I. W kolumnach I, II i III wpisujemy wieki, ich frekwencje i indywidualne składki netto p_j. W kolumnach IV, VI, VIII, X i XII wpisujemy renty po latach trwania 1, 2, 3, 4, 5 i jednocześnie iloczyny $n_j a_{x_j+1}$... W kolumnach V, VII, IX, XI i XIII wpisujemy iloczyny poprzednich iloczynów przez netto premje p_j. Pionowe sumowania we wszystkich kolumnach od IV do XIII dadzą liczby „a" i „b" z których dalej znajdziemy a^2, ab,...

TABLICA II

I	II	III	IV	V	VI	VII
x_1	n_1	$n_1 A_{x_1+1}$	$n_1 A_{x_1+2}$	$n_1 A_{x_1+3}$	$n_1 A_{x_1+4}$	$n_1 A_{x_1+5}$
x_2	n_2	$n_2 A_{x_2+1}$	$n_2 A_{x_2+2}$	$n_2 A_{x_2+3}$	$n_2 A_{x_2+4}$	$n_2 A_{x_2+5}$
x_k	n_k	$n_k A_{x_k+1}$	$n_k A_{x_k+2}$	$n_k A_{x_k+3}$	$n_k A_{x_k+4}$	$n_k A_{x_k+5}$
		A_1	A_2	A_3	A_4	A_5
		$p a_1$	$p a_2$	$p a_3$	$p a_4$	$p a_5$
		b_1	b_2	b_3	b_4	b_5

Dla sprawdzenia otrzymanej wartości przeciętnej składki „p" układamy tablicę II. W kolumnach III — VII umieszczamy iloczyny składek jednorazowych A_{x_j+1}, A_{x_j+2} ... A_{x_j+5} po latach trwania 1, 2, 3, ... 5, przez odpowiednie frekwencje grup wieków x_j. Pionowe sumowania dadzą nam ogólne sumy jednorazowych składek, któreśmy oznaczyli przez $A_1, A_2, \ldots A_5$. Powracając do rezerw (1) i (2) widzimy teraz, że je można przepisać jako różnice:

$$(1') \qquad A_t - b_t$$
$$(2') \qquad A_t - pa_t$$

Tablica II da nam dwa szeregi rezerw (1') i (2') obliczonych, wychodząc ze składek indywidualnych i ze składki przeciętnej. Wielkości odchyleń stosunków tych rezerw

$$\frac{A_1 - pa_1}{A_1 - b_1}, \quad \frac{A_2 - pa_2}{A_2 - b_2}, \quad \ldots \quad \frac{A_5 - pa_5}{A_5 - b_5}$$

od jednostki mogą służyć za miarę dokładności przeciętnej składki „p". Obliczenie racjonalnego dodatku do składki na pokrycie ewentualnych nie-

korzystnych wychyleń spodziewanej ilości świadczeń (śmiertelności) jest możliwe jedynie przy większej ilości członków Kasy (kilka tysięcy), i jeżeli mamy podstawy do oczekiwania, że przebieg śmiertelności i inwalidności członków Kasy będzie mało odbiegać od zmian zachodzących w liczbie aktywnych, lub wogóle żyjących, obranej tablicy śmiertelności. Zgodnie z zasadami rachunku prawdopodobieństw (twierdzenie Poisson'a) można wtedy przyjąć za górną granicę możliwych wychyleń ilości wypadków śmierci ilość zawartą we wzorze:

$$3\sqrt{\Sigma n_j q_{x_j} (1 - q_{x_j})} \tag{7}$$

gdzie:

$$q_{x_j} = \frac{l_{x_j} - l_{x_j+1}}{l_{x_j}}$$

Dzieląc sumę (7) przez ogólną ilość ubezpieczonych $n = n_1 + n_2 + \ldots + n_k$ otrzymamy ten dodatek:

$$\varepsilon = \frac{3\sqrt{\sum n_j q_{x_j} (1 - q_{x_j})}}{n} \tag{8}$$

Wzór (8) daje się znacznie uprościć, jeżeli zważymy, że w iloczynie

$$q_{x_j} (1 - q_{x_j}) = q_{x_j} - q_{x_j}^{\,2}$$

wielkość q_{x_j} jest o tyle małą, że nie robiąc szkodliwej pomyłki możemy odrzucić potęgę $q_{x_j}^{\,2}$ i przyjąć, że:

$$\sum n_j q_{x_j} (1 - q_{x_j}) = \sum n_j q_{x_j}$$

Suma $\sum n_j q_{x_j}$ jest niczem innem jak roczną spodziewaną śmiertelnością w osobach członków Kasy, którą oznaczymy literą S. Dodatek ε z (8) można więc napisać wzorem:

$$\varepsilon = \frac{3\sqrt{S}}{n} \tag{9}$$

Dodatek na koszta prowadzenia Kasy otrzymamy poprostu dzieląc ogólny roczny koszt prowadzenia Kasy „K" przez ilość jej członków.

$$\alpha = \frac{K}{n} \tag{10}$$

Dodając (6), (9) i (10) otrzymamy wreszcie ogólny wzór dla składki brutto pod postacią sumy

$$\Pi = \frac{\sum ab - \sum aQ}{\sum a^2} + \frac{3\sqrt{S}}{n} + \frac{K}{n} \tag{11}$$

Uwaga. Ze wzoru (6) wynika ciekawy wniosek a mianowicie, że jeżeli kapitał Q jest na tyle wielki, że

$$\sum ab = \sum aQ \tag{12}$$

to składka netto (6) równa się zeru, i wystarczy jeżeli członkowie Kasy opłacają dodatki (9) i (10).

Z równania (12) jeżeli przyjmiemy, że $Q_t = Q(1+i)^t$ i oznaczymy przez $\gamma = 1 + \frac{p}{100} = 1 + i$ to $\sum aQ = Q(a_1\gamma + a_2\gamma^2 + a_3\gamma^3 + \ldots + a_5\gamma^5)$

$$\text{i} \qquad (13) \qquad Q = \frac{\sum a_j b_j}{\sum a_j \gamma^j}$$

Składkę netto wyprowadziliśmy wychodząc z teoretycznie przewidzianego stanu matematycznej rezerwy składek w ciągu pierwszych pięciu lat. O ile naturalna migracja członków Kasy (wystąpienie starych, wstąpienie nowych członków) jest znaczną, okres pięcioletni trzeba zamienić mniejszym np. trzechletnim. Po upływie tego okresu (kadencji) następuje ponowne liczenie składki na przyszły okres, przyczem odłożona rezerwa składek z poprzedniego okresu łącznie z innemi funduszami Kasy wchodzi w skład kapitału Q dla nowego okresu. W ten sposób składka utrzymuje się mniej więcej na starym poziomie, a nie wzrasta, jak wzrastają tak zwane „naturalne" składki ubezpieczeń jednostkowych. W praktyce składki ubezpieczonych obliczają się zazwyczaj przeciętnie dla pewnych grup wieków członków Kasy. Ustala się np., że wszyscy członkowie w wieku do lat 30 płacą rocznie składkę P_1, począwszy od wieku 30 do 45 składka wynosi P_2, od lat 45 wzwyż składka wynosi P_3. Liczenie przeciętnych składek P_1, P_2, P_3 wykonujemy zapomocą tych samych wzorów i tablic, jak i przy obliczeniu jednej przeciętnej składki dla wszystkich członków. Granice wieków mających wspólną przeciętną składkę najracjonalniej ustalić w ten sposób, ażeby roczne spodziewane śmiertelności w osobach każdej grupy wieków możliwie mało różniły się między sobą.

Przykład. 54 osoby w wieku od lat 35 do 50 zakładają Kasę jednorazowej doraźnej pomocy rodzinom na wypadek śmierci członka Kasy. Wysokość odprawy — Zł. 1.000.—. Składka płatna dożywotnio ma być jednakową dla wszystkich członków. Frekwencje poszczególnych wieków są następujące:

TABLICA III

Wiek	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Frekwencja	2	3	1	5	7	4	6	3	3	4	3	2	5	3	1	2

Dla liczeń obierzemy Tablicę śmiertelności 23 Tow. Niemieckich 4% i renty życiowe do 85 roku życia.

Układając Tablicę I dla danego przykładu w bardzo krótkim czasie dochodzimy do następujących wartości stałych a_j, b_j

TABLICA IV

po latach	1	2	3	4	5
a:	796.1430	782,2984	768.1592	753.7375	739.0345
b:	22397.060	21997.158	21588.961	21172.916	20749.147

Z tego zestawienia obliczamy sumy:

$$\sum ab = 82916519.312 \text{ zaś } \sum a^2 = 2950195.2306$$

Skąd dzieląc $\Sigma\, ab$ przez $\Sigma\, a^2$ otrzymujemy przeciętną składkę netto

$$p = \mathbf{28.105}\text{‰} \text{ (dokładniej } 28.105435).$$

Po wykonaniu obliczenia „p” układamy Tablicę II, z której podajemy niżej interesujące nas wyniki:

TABLICA V

1	po latach	1	2	3	4	5
2	A	23305.1555	23833.5918	24373.0810	24923.1226	25483.6550
3	A — pa	929.2102	1846.7550	2783.6325	3739.0023	4712.7689
4	A — b	908.0955	1836.4338	2784.1200	3750.2066	4734.5080
5	$\frac{A - pa}{A - b}$	1.023	1.006	0.9998	0.997	0.995

Na linji 3 i 4 Tablicy V są umieszczone rezerwy liczone wychodząc z obliczonej składki przeciętnej $p = 28.105$‰, oraz ze składek indywidualnych. Stosunki tych rezerw umieszczone na linji 5 pokazują nam jak mało odbiega rezerwa liczona zapomocą składki przeciętnej od rezerwy liczonej ściśle ze składek jednostkowych, dla pierwszych pięciu lat istnienia Kasy.

Jeżeli przy założeniu Kasy istnieje pewien kapitał zakładowy „Q” składki członków zostaną odpowiednio obniżone. Niżej podajemy przykład obliczenia składki w przypuszczeniu Q = 10.000.—.

TABLICA VI

po latach	1	2	3	4	5
Q	10400.—	10816.—	11248.64	11698.59	12166.53
b — Q	11997.06	11181.16	10340.32	9474.33	8582.62
a (b — Q)	9551375.34	8747003.58	7943011.94	7141157.81	6342852.28

Dzieląc $\Sigma a\,(b - Q) = 39725400.95$ przez $\Sigma a^2 = 2950195.2306$ otrzymamy nową obniżoną składkę netto $p^1 = 13.4653$.

Jeżeli w powyższej tablicy zamiast liczb (b — Q) napiszemy potęgi czynnika procentowego $\gamma^t = \left(1 + \frac{4}{100}\right)^t$; $t = 1, 2, 3, 4, 5$, to znaczy liczby 1.04, 1.0816, 1.124864, 1.16985856, 1.21665290 i obliczymy sumę: $\Sigma a \gamma^t = 4319.1120$,

to dzieląc $\Sigma ab = 82916519.312$ przez 4319.1120 otrzymamy wysokość zakładowego kapitału:

$$Q_0 = 19197.58$$

przy którym opłacanie składek netto jest zbędne.

Zakończymy nasz przykład obliczeniem dodatku na wychylenia śmiertelności. Ażeby uwydatnić zależność wysokości tego dodatku od liczby członków Kasy, liczenia nasze przeprowadzimy przypuszczając, że ilość członków jest kolejno n = 54000, 5400, 540 i 54; (mnożąc początkowe frekwencje przez 1000, 100, 10). Prawdopodobieństwa śmierci weźmiemy odrazu na lat 5.

TABLICA VII

n	54000	5400	540	54
$\Sigma\, n\, q_{\overline{x5}}\, p_{\overline{x5}}$	3349.187	334.9187	33.49187	3.349187
$3\sqrt{\Sigma\, n\, q_{\overline{x5}}\, p_{\overline{x5}}}$	173.622	54.903	17.362	5.490
dodatek ε	0.643.‰	2.033.%	6.430.%	20.333.‰

Tablica VII jasno uwidacznia, że tylko przy większej ilości ubezpieczonych (począwszy np. od 500) może być mowa o racjonalnym dodatku na niekorzystne wychylenie śmiertelności.

Przy zmniejszaniu się ilości ubezpieczonych stosunek jednakowo prawdopodobnych odchyleń do ogólnej liczby ubezpieczonych szybko wzrasta. Skutkiem tego przy mniejszej ilości członków Kasy (kilkadziesiąt) dodatek na wychylenia śmiertelności stanowi pokaźną część premji, tracąc swoją praktyczną wartość zbytniem podrażaniem kosztów. Jeszcze raz stykamy się ze starą prawdą asekuracyjną, że lepiej jest ubezpieczyć się w Towarzystwie Ubezpieczeń, aniżeli w małem gronie zakładać własną Kasę.

Dr. S. Romanowski.

ŚREDNIOWIECZE ASEKURACJI.

(DOKOŃCZENIE).

Czy wysokość renty była uzależniona od wieku rentobiorcy? Zwykle w listach rentowych wiek rentjera nie jest wcale określony.

Wprawdzie w Amsterdamie przechowuje się pewien dokument z 1505 r., w którym podano wiek rentjera, lecz czy od niego zależała wysokość renty, nie wiadomo. Natomiast statuty miasta Nordhausen z 1350 r. postanawiały, że magistrat sprzedaje renty po 1 marce za 10 marek tym, którzy liczą między 40 a 50 lat, a za 8 marek osobom w wieku między 50 a 60 lat, dla osób jeszcze starszych cena ma stać „an der rete kore". Również w Augsburgu według rozporządzenia z 1373 r. uwzględniano wiek. Johannes Baptista Lupus Geminianus pisze w swem dziele „De usuris" (= o odsetkach) w „tractatus tractatuum" z 1584 r.: „Similiter non valeret et illicitus reputaretur contractus emptionis ad vitam, quando non esset facta secundum probabilem

et verisimilem coniecturam vitae". Określenie „coniectura vitae" odpowiada naszemu prawdopodobieństwu życia resp. t. zw. prawdopodobnej długości życia. Według tego więc autora umowa o kupno renty nie uwzględniająca wieku rentjera była niedozwoloną i nieważną. Inni autorzy, m. i. Joannes a Medina, Didacus Covarruvias, Arius Pinellus i t. d. wywodzili, że przy obliczeniach rent życiowych należy stosować się do zwyczajów i praw danej miejscowości przy uwzględnieniu wieku i stanu zdrowia rentjera oraz innych okoliczności: „consideratis aetate, valetudine ementis pluribusque circumstantiis". Również Laurentius de Rudolfis uważa jako warunek ważności emptionis ad vitam: „dummodo talis emens ad vitam dederit pretium secundum quod est verisimile, quod vivere possit, alias si iuvenis homo emeret mille libras pro centum libris, non procederet secure talis contractus, sed debet taxari secundum aetates". Stanowisko oficjalnych sfer było więc takie, że pod rygorem nieważności umowy wysokość renty winna uwzględniać lokalne zwyczaje, ogólne zasady słuszności i szereg okoliczności wpływających na spodziewaną długość życia, a więc przedewszystkiem wiek i stan zdrowia rentjera. W zakresie rokowań co do spodziewanej długości życia posługiwano się nieraz tabelą Ulpiana w dziele Justyniana p. t. „Digestae" w ustawie „de lege Falcidia" wykazującą, ile lat prawdobodobnie będzie jeszcze żyła jakakolwiek osoba w zależności od obecnego jej wieku (cf. Przegląd Ubezp. 1928, zeszyt 4, str. 9): „inde enim sumitur coniectura vitae et mortis" (Baldus ab Ubaldis 1559 r., Laurentius de Rudolfis). Niezgodny z tem pozornie fakt, że liczne miasta sprzedawały renty po jednakowej cenie bez względu na wiek rentjerów, starają się niektórzy autorzy (Neumann) tłomaczyć tem, że widocznie w tych miastach zawierano umowy rentowe tylko z osobami w ścisłych granicach wieku. Oczywiście doskonała techniczna ścisłość pod względem zależności wysokości renty od wieku rentjera, jaka jest obecnie stosowana, nie była znana czasom średniowiecznym; jeżeli wówczas uwzględniano wiek, to zadowalano się dowolnemi hipotezami bez przeprowadzenia jakiegokolwiek rachunku.

Sprzedawaniem rent mogło miasto zajmować się tylko za osobnem zezwoleniem. Były one zawierane dobrowolnie, lecz zachodziły także wypadki, że miasta ogłaszały przymus kupowania rent dla zmniejszenia swoich długów (Wenecja, Florencja, Genua). Renty zakupione uważano za rzeczowe zobowiązania miasta, ciążące na ratuszu. Zabezpieczone one były majątkiem i dochodami miasta, a na wypłacanie bieżących rat rentowych przeznaczano np. jeden z różnych podatków i t. p. Zachodziły też umowy kupna i sprzedaży rent między osobami prywatnemi; np. w archiwum miejskiem w Norymbergji znajduje się szereg pisemnych umów z lat 1433/7, 1452, 1482, 1490—92, 1495 i 1499, jakie obywatele miasta Lüneburg, wymienieni nazwiskami, zawarli z innemi prywatnemi osobami o kupno rent. Lecz naogół miasta ze względu na korzyści materjalne zakazywały zawierania takich umów między prywatnemi osobami (np. Brunświk 1350 r.). Do najstarszych umów o kupno renty między prywatnemi osobami należy umowa zawarta w 1308 r. między arcybiskupem Janem z Bremeny a przeorem klasztoru w St. Denis, nazwiskiem Egidius de Pontoise. Według Ehrenzweiga stanowi ona też najstarszą umowę rentową, którą ujęto nie jako zobowiązanie rzeczowe, lecz jako umowę prawa osobowego. Jan, arcybiskup Bremeny (1308 do 1327), w związku z sporem z miastem, które mimo jego zakazu wybudowało mur wokoło dzielnicy zwanej Stephanstadt, udał się w 1308 r. do

papieża, mieszkającego wówczas w Vienne. Podczas tej podróży był zapewne też u przeora klasztoru w St. Denis i zawarł z nim umowę o rentę życiową następującej treści: Arcybiskup złożył przeorowi kwotę 2.400 lirów paryskich, wzamian za co przeor zobowiązał się do wypłacania mu renty dożywotniej w rocznej kwocie 400 lirów paryskich „bonae monetae", „quamdiu vitam duxerit in humanis" i to w ratach półrocznych po 200 lirów w ciągu oktawy Wniebowstąpienia i oktawy święta Wszystkich Świętych, z tem, że gdyby arcybiskup umarł w ciągu dwóch lat od zawarcia umowy, przeor winien wykonawcom jego testamentu wypłacić 1.000 lirów, przyczem jednakowoż — w razie śmierci w drugim roku — ew. raty wypłacone na poczet drugiego roku podlegają potrąceniu. Arcybiskup Jan umarł w 1327 r. Lecz przeor Egidius już w 1323 r. zaczepił umowę jako lichwiarską, a zatem nieważną, bowiem był już wypłacił 15 x 400 = 6.000 lirów. Ale miarodajni uczeni kościoła uznali umowę za ważną i wiążącą, widząc w niej umowę losową (cf. powyżej), przy której obie strony ryzykują stratę albo też zysk w zależności od losu (w tym wypadku od terminu śmierci). Powyższa umowa jest w historji asekuracji pierwszą właściwą umową o rentę życiową w nowoczesnem znaczeniu. Dzięki przychylnemu stanowisku kościoła nowość polegająca na ujęciu umowy rentowej jako zobowiązania osobowego (nie rzeczowego) wnet się rozpowszechniła i była częściej stosowaną. Wypada nam nadmienić, że już kilkadziesiąt lat wcześniej, bo około 1255 r., kardynał Henricus Segusio, nazwany Hostiensis, wspomina, że niektórzy sprzedawali lub darowali klasztorom owce wzamian za rentę dożywotnią po 2 szylingi rocznie od owcy, przyczem zdechnięcie owcy nie przerywało obowiązku wypłacania renty, o ile owca przy zawarciu umowy była zdrowa; zatem zobowiązanie rentowe było osobowe, a nie rzeczowe, bowiem nie było związane z owcą. Czyli: klasztor prócz ryzyka życia rentobiorcy ponosił jeszcze ryzyko zdechnięcia owcy, to też renta (2 szylingi) była niższą od rocznej dochodowości z poszczególnej owcy (4 — 5 szylingów).

Na osobną wzmiankę zasługuje dokument z lutego 1265 r. z miasta Brügge, który wykazuje, że już wówczas znano pojęcie dewaluacji pieniądza i przedsiębrano środki, by renta wskutek dewaluacji tej nie straciła swej wartości. Otóż mocą wspomnianej umowy magistrat m. Brügge gwarantował Robertowi Normanowi z Atrechtu i synowi jego Baudcuinowi aż do śmierci obu roczną rentę po 100 paryskich lirów, z tem jednakowoż, że w razie spadku wartości tejże waluty wypłaty winny się odbywać w sou miasta Tournai po przeliczeniu w relacji 50 sou m. Tournai za 43 paryskie liry.

Wypłata bieżących rat rentowych odbywała się zwykle w ten sposób, że urzędnik odnośnego miasta, ewentualnie — ze względu na fatalne ówczesne stosunki bezpieczeństwa — pod silnym konwojem, dwa razy do roku, np. na św. Jana i na Boże Narodzenie udawał się do wszystkich miejscowości, gdzie mieszkali rentjerzy, otwierał biuro w karczmie i plakatem na drzwiach kościoła wzywał ich do odbioru rat rentowych.

Kupno rent istniało już przed kanonicznem prawem o lichwie, zatem nie zostało ono wymyślone z wyraźnym zamiarem obchodzenia tego prawa. Natomiast nie ulega wątpliwości, że wspomniane prawo, więc zakaz pobierania odsetek od pożyczek, wybitnie przyczyniło się do rozkwitu i rozpowszechnienia tego urządzenia, które osobom posiadającym gotówkę umożliwiało osiąganie z niej w drodze legalnej takich samych korzyści, jak gdyby pobierały odsetki od pożyczki, a z drugiej strony instytucjom i gminom potrze-

bującym pieniędzy otwierało drogę do uzyskania ich w sposób legalny po cenie tańszej niż u lichwiarskich Żydów, a nadto bez obowiązku zwrotu pożyczonej sumy. Kupno rent rozwijało się najbardziej w wielkich ośrodkach handlowych, zwłaszcza w Niderlandach, gdzie osiągnęły szczególnie wysoki rozkwit po reformacji, gdy system kapitalistyczny wyparł definitywnie dawniejszą wymianę naturalną, powodując niebywały rozwój handlu, przemysłu i obrotów pieniężnych. Punkt kulminacyjny kupna rent przypada na XVI i XVII wiek. Pośrednim etapem rozwojowym między nim a nowoczesną asekuracją były tontyny, które w swojej istocie znowu stanowiły swoistą organizację rent (cf. Przegląd Ubezp. 1929, zeszyt 3). Średniowieczne kupno rent zetknęło się, można powiedzieć, bezpośrednio z nowoczesną asekuracją w osobie wielkiego polityka i matematyka holenderskiego Jana de Witt, który, zamierzając z kłopotów finansowych swojego państwa wybrnąć przez sprzedawanie rent, jako pierwszy dokonał metodą nowoczesną i prawidłową (wprawdzie na podstawie założeń nieco dowolnych) obliczenia słusznej ceny renty życiowej.

Z czasów średniowiecznych wypada nam tu wymienić jeszcze jedno urządzenie. Wówczas niektóre stanowiska i dostojeństwa kościelne było można uzyskać drogą kupna. Ażeby osoby, które na ten cel nie rozporządzały dostatecznemi środkami finansowemi, nie potrzebowały pożyczać ich od Żydów za lichwiarskim procentem, zezwolił papież Leon X w 1514 r., by środki potrzebne zbierano w ten sposób, że kilka osób łączyło się w t. zw. **societas sacri officii** i potrzebną kwotę oddawało kandydatowi do dyspozycji; gdy tenże otrzymał odnośne stanowisko, wypłacał im corocznie z swoich dochodów pewną kwotę przez całe swoje życie (nieraz następował zwrot pożyczonej kwoty, jeżeli w chwili rozwiązania societatis żyła jeszcze osoba płacąca rentę). Ponieważ wypłata rent ustawała z chwilą śmierci dostojnika, były to więc renty życiowe (bez lub ze zwrotem kapitału w razie dożycia). Stopa ich wynosiła 8 — 12%. Widzimy, że w czasie zakazów pobierania odsetek od pożyczek forma societatis sacri officii stanowiła wygodny, a przytem legalny sposób fruktyfikacji pieniędzy. Kościół zezwalał na nią, uznając ją za umowę losową, ale starał się ograniczać stosowanie jej wyłącznie dla celów kościelnych. Lecz jest zrozumiałem, że ze strony osób chcących wykorzystać tę formę w celach zarobkowych, czyniono starania w kierunku stosowania jej także w innych wypadkach. Zdarzało się, że taką societas zakładały osoby, które już zajmowały rentowne stanowisko, albo też takie, które wcale nie zamierzały ubiegać się o stanowisko kościelne, a które posługiwały się tylko tym pretekstem, by mieć uprawnienie do założenia societatis i temsamem uzyskać sposobność do zbierania pewnej kwoty pieniędzy w celach obracania nią; nieraz też wysuwano, dla lepszego zachowania pozorów, fikcyjnego reflektanta. Coraz częściej używano wspomnianej formy do celów świeckich. Societas w powyższej formie była pierwszym przez kościół dozwolonym typem asocjacji samego kapitału; można więc ją uważać za prototyp instytucyj finansowych w zakresie asekuracji życiowej; w zasadzie różniła się ona od obecnych instytucyj ubezpieczeniowych jedynie ilością osób (pomijając brak doskonałości technicznej).

II c.

Już powyżej zaznaczyliśmy, że po upadku cesarstwa rzymskiego, zatem od czasu okresu zwanego wędrówkami ludów, w całej Europie życie gospodarcze cofnęło się do poziomu wymiany naturalnej. Jedynie we Włoszech

zachowały się z czasów świetności cesarstwa rzymskiego niektóre formy gospodarki pieniężnej czyli kapitalistycznej (czynsz dzierżawny, wypożyczanie pieniędzy za odsetkami, handel). Właśnie włoskie miasta najwcześniej rozwinęły u siebie już w wczesnych wiekach szereg instytucyj o charakterze kapitalistycznym. Dzięki swemu położeniu geograficznemu uprawiały one poważną żeglugę morską, dorabiając się przytem bogactw i znaczenia politycznego. Ponieważ żegluga morska i handel morski potrzebuje wielkich kapitałów, przeto właśnie w tych miastach już w wczesnych wiekach zachodziły t. zw. pożyczki morskie (bodmerja). Kapitalista pożyczał właścicielowi okrętu albo kapitanowi potrzebną kwotę na zakup okrętu albo na jego wyekwipowanie albo też na zakup towarów, które miały być wywiezione do krajów zamorskich, albo też na zakup w krajach zamorskich towarów celem importowania ich; przytem umawiano się, że w razie niepomyślnego wyniku podróży morskiej, więc w razie zatonięcia okrętu albo złupienia lub zniszczenia go przez korsarzy pożyczka nie podlegała wcale zwrotowi czyli anulowała się, natomiast w razie pomyślnego powrotu okrętu kapitalista otrzymywał zwrot pożyczki wraz z udziałem w zyskach, który oczywiście był bardzo poważny. Jeżeli ten sam kapitalista udzielał kilka pożyczek na różne okręty, to zysk osiągnięty w jednym wypadku musiał pokrywać stratę, jaką ponosił w innym wypadku; dlatego ten udział w zyskach wzgl. procent za pożyczoną sumę wynosił nieraz wielokrotność pożyczki. Bodmerja mimo pewnych pozorów nie była tranzakcją kredytową (pożyczkową), bo zwalniała właściciela okrętu zupełnie z obowiązku zwrotu pożyczki, o ile okręt nie powrócił. Można określić bodmerję jako urządzenie podobne do umowy ubezpieczeniowej, aczkolwiek różniła się od nowoczesnego ubezpieczenia w następujących szczegółach: 1) Świadczenia towarzystwa zastępowała przy bodmerjach pożyczka. Wierzyciel dawał tę pożyczkę już **przed** podróżą okrętu i to w każdym wypadku; wprawdzie otrzymywał ją z powrotem w razie szczęśliwego powrotu okrętu, w rezultacie więc świadczenie jego obejmowało tylko wypadki niepomyślnego wyniku, t. j. zatonięcia okrętu. Tak samo nowoczesna asekuracja świadczy tylko w tym samym wypadku, ale dopiero **po** zdarzeniu. 2) Wręcz przeciwnie ma się sprawa z składką. Obecnie pobiera towarzystwo składkę za ryzyko ubezpieczeniowe w **każdym** wypadku (bez względu na to, czy wypadek ubezpieczeniowy się zdarzy, czy nie), i to **naprzód, z góry**. Przy bodmerji składka ta była ukryta, mieściła się bowiem w procencie czyli w udziale w zyskach; ale wierzyciel otrzymywał procenty **tylko wtenczas**, jeżeli okręt szczęśliwie wrócił, i to dopiero **po** powrocie okrętu. Bodmerja była więc ubezpieczeniem na odwrotnych niż obecnie warunkach. Pobierane procenty składały się więc z dwóch części, mianowicie: a) z zwykłych odsetek za pożyczony kapitał, b) z składki za ryzyko (cf. powyżej). Wskutek tego procenty te musiały być stosunkowo bardzo wysokie. To też nie mogły się uchronić przed zarzutem lichwy. Papież Grzegorz IX dekretem z 1230 r. zakazał pobierania procentów przy bodmerji i temsamem uniemożliwił stosowanie jej wogóle. Lecz żegluga morska nie mogła obyć się bez urządzenia, które miało dawać jej te same usługi gospodarcze, jakie obecnie wyświadcza asekuracja morska. To też z konieczności wytwarzano szereg form, które miały zastąpić bodmerję, a mimo to być w zgodzie z zakazami kościelnemi o lichwie. Aczkolwiek nieraz różnice między niemi a bodmerją były nieznaczne lub zgoła fikcyjne, to właśnie te różnice z zrozumiałych przyczyn jaskrawie uwypuklano. Już w 1234 r. zastosowano

w tym celu pozorną formę aktu kupna i sprzedaży, którą odtąd często się posługiwano: spisywano u notarjusza umowę, mocą której właściciel okrętu sprzedawał go kapitaliście z tem zastrzeżeniem, że cała umowa miała być nieważną, jeżeli okręt szczęśliwie powróci; zato kapitalista wręczał właścicielowi okrętu rzekomą cenę kupna, która przepadała bezpowrotnie, jeżeli utonął okręt stanowiący w tym wypadku własność kapitalisty; jeżeli okręt wrócił, to wobec nieważności umowy kapitalista otrzymywał zwrot swojego kapitału wraz z osiągniętym zyskiem, który przy takiem ujęciu sprawy nie był odsetkami (zachodziła więc tu pewnego rodzaju societas, cf. powyżej sub II a). Nieraz prolongowano przytem płatność ceny kupna do czasu końca podróży okrętu, czego atoli do umowy nie wciągano; kapitalista potrzebował więc ją uiścić dopiero **po** podróży okrętu i to tylko w wypadku jego zatonięcia. To samo miało nieraz miejsce przy zachowaniu pierwotnej formy pożyczki. Przytem właściciel okrętu zwykle dawał kapitaliście przy zawarciu umowy, czego do niej również nie wpisywano, pewnego rodzaju prowizję, która odpowiada obecnej składce na ubezpieczenie. Tu już jest widoczne bardzo znaczne zbliżenie się do nowoczesnych form asekuracji: kapitalista świadczy dopiero **post** factum i tylko w razie zatonięcia okrętu, a otrzymuje składkę z góry i to niezależnie od wyniku podróży. Zatem prolongowanie pożyczki wzgl. ceny kupna było momentem zwrotnym w historji rozwoju asekuracji morskiej. Jeszcze inną formą fikcyjną była t. zw. odwrotna pożyczka morska: kapitalista oświadczał w umowie z właścicielem okrętu, że otrzymał od niego pożyczkę i zobowiązał się ją zwrócić, jeżeliby okręt nie wrócił. Już w 1248 r. występuje pozatem pożyczka morska w postaci weksla.

Nieraz urządzano się też tak, że kapitalista dawał właścicielowi okrętu, kapitanowi lub też kupcowi pewną sumę z poleceniem zakupienia towarów i sprzedania ich w krajach zamorskich z jaknajwiększym zyskiem, z którego z góry określona część przypadała kapitaliście w udziale. Interes tego rodzaju, t. zw. **comenda**, zaliczał się do formy zrzeszeniowej societatis (societas maris), która łączyła kapitał z pracą, cf. powyżej sub II a. W tym wypadku nie było ani pożyczki ani odsetek od niej, był jedynie zysk od własnych obrotów handlowych. Zwykle w skład takiej societas wchodziło więcej osób.

Z powodu licznych napadów korsarskich zwykle większa ilość okrętów odbywała podróż wspólnie. Przytem łączyły się one zwykle w ryzyku w tem znaczeniu, że jeżeli zatonęły niektóre z nich, to osobom przez to poszkodowanym musieli stratę powetować ci, których okręty szczęśliwie dokończyły podróży. Tak samo wszyscy kupcy, których towary znajdowały się na jednym okręcie, wraz z właścicielem okrętu poręczali sobie w umowie (**aggermanament**) nawzajem wspólne ponoszenie wszelkich strat oraz kosztów potrzebnych do odwrócenia niebezpieczeństwa. Istniała jeszcze t. zw. **colonna**; polegała ona na tem, że kupcy, których towary znajdowały się na okręcie, właściciel okrętu wzgl. udziałowcy, kapitaliści biorący udział w wyprawie pewnemi sumami oraz marynarze pełniący służbę na tym okręcie zawierali pewnego rodzaju societas i po ukończeniu podróży dzielili się w stosunku z góry określonym zyskiem lub stratą, lecz tak, że nigdy nie mógł nikt więcej stracić niż wynosił jego udział. Najdłużej przetrwała z tych form comenda, która stopniowo coraz bardziej zbliżała się do formy societatis, tak że w niej przejawiały się już dwa główne pierwiastki asekuracji, t. j. wspólne ponoszenie ryzyka i przejęcie ryzyka za zapłatą.

Jak wykazują przytoczone powyżej próby, z biegiem czasu coraz bar-

dziej odpadały domieszki pierwiastków prawnych innych rodzajów (pożyczka, zastaw, kupno i sprzedaż, societas): zanikały one stopniowo dzięki temu, że kościół uznawał, iż umowy losowe są ważne i mogą być źródłem dozwolonego zarobku, który, stanowiąc wynagrodzenie za ponoszone ryzyko, nie podpada pod pojęcie odsetek. To też w formie coraz jawniejszej i czystszej ujmowano te tranzakcje jako umowy ubezpieczeniowe, więc jako umowy losowe, których przedmiotem jest losowość, ryzyko, niepewność, a których celem jest zagwarantowanie sobie, że w wypadku zajścia określonego zdarzenia losowego ew. strata przezeń wyrządzona zostanie pokryta przez inną osobę, która wzamian za to ponoszone ryzyko otrzymuje z góry pewne wynagrodzenie, nazwane składką. Ten przełom dokonał się około 1350 roku i to najwcześniej w Genui. Jako najstarsza umowa o ubezpieczenie morskie, zbliżająca się do tego prawnego ujęcia, przechowuje się w Genui umowa zawarta tamże w dniu 23 października 1347 r. (spisana w łacińskim języku); w Pizie zachował się analogiczny dokument z 1385 r. w Florencji z 1397 r. Pierwotnie zawierano umowy te w formie notarjalnej. Jak żywy ruch panował wówczas w dziedzinie ubezpieczeniowej, o tem świadczy fakt, że jeden tylko notarjusz w Genui spisał w 1393 r. w ciągu 3 tygodni 80 umów ubezpieczeń morskich. Przy końcu XIV wieku formę notarjalnej umowy zaczął wypierać dokument prywatny, zawierający szczegółowe warunki umowy, a nazwany polisą; wyraz „polizza“ zachodzi po raz pierwszy w pewnem rozporządzeniu w Genui z 1401 r. (polizza di presto = poświadczenie dłużne, polizza di banco albo polizza di ricevuta = pokwitowanie). Każda polisa zaczynała się wyrazami: „Dio la salvi, amen”.

Asekuracją zajmowały się wówczas, aż do XVII wieku, wyłącznie jednostki, kapitaliści uprawiający te czynności zawodowo w celach zarobkowych = **jednostkowi przedsiębiorcy ubezpieczeniowi.** Towarzystw ubezpieczeniowych, więc asocjacji kapitału do celów asekuracyjnych wówczas nie było. Każdy jednostkowy ubezpieczyciel (= kapitalista) starał się usilnie, by niskiemi kwotami brał udział w możliwie wielkiej ilości ryzyk; świadomość o wyrównywaniu się niebezpieczeństwa straty przy wielkiej ilości ryzyk (prawo wielkich liczb) zatem już istniała wówczas. I tak według akt notarjusza Teramo di Maggiolo z 1392 r. kapitalista Bartolomeo Delfino da Passano miał udział w szesnastu ubezpieczeniach morskich ogólną sumą 1500 złotych florenow. To też już z najstarszych polis asekuracji morskiej wynika, że poszczególne ryzyko nie było przyjmowane przez jednego kapitalistę, lecz dzieliło się wśród kilku z nich; koasekuracja jest więc prawdopodobnie tak starą jak asekuracja. Dla każdego poszczególnego ryzyka ubezpieczeniowego dobierało się osobne grono ubezpieczycieli (kapitalistów) czyli tworzyła się ad hoc osobna spółka (cf obecnie Lloyds). Z tego wywiązały się później stałe spółki, przyczem każdy udziałowiec odpowiadał za swój tylko udział; rzadziej zachodziły spółki o cechach wzajemnej odpowiedzialności udziałowców. Spółki akcyjne powstały dopiero w XVII wieku. W włoskich miastach portowych istniały one w znacznej ilości, lecz z małemi kapitałami akcyjnemi. Zwykle kapitał akcyjny wynosił ca. 200.000 lirów w 40 akcjach po 5.000 lirów; akcjonarjusz odpowiadał osobiście za swoją akcję. Kapitał akcyjny wpłacano dopiero w razie potrzeby, więc dopiero na pokrycie straty. Naogół przyjmowała spółka w poszczególnem ryzyku udział tylko do 5% swojego kapitału akcyjnego. Dlatego do pokrycia średnich nawet ryzyk potrzebną była znaczna ilość spółek, tak że nader często powstawały trudności przy asekurowaniu

większych sum. Tym trudnościom mogły zaradzić jedynie spółki o wielkich kapitałach akcyjnych. Lecz pierwsze takie spółki (zał. w 1629 r. w Holandji, 1668 r. w Paryżu) upadły po krótkim tylko okresie działalności.

Od samego początku asekuracji morskiej zawierano umowy ubezpieczenia tak okrętu (casco) jak i ładunku (kargo).

W zawieraniu umów pośredniczyli maklerzy. W większych miastach portowych istniały giełdy ubezpieczeniowe. N. p. giełda ubezpieczeniowa w Amsterdamie liczyła nieraz przeszło stu maklerów.

Niewiele później od asekuracji morskiej rozpoczęła się też już reasekuracja. Najstarszą umową reasekuracyjną jest zapewne umowa zawarta w 1370 r. w Genui, mocą której Giuliano Grillo reasekurował się u Goffredo di Benavia i Martino Maruffo na sumę, którą ubezpieczył niejakiemuś Giovanni Sacco na ładunek okrętu p. Bartolomeo Verme da Sori. Zatem również reasekuracją zajmowały się osoby prywatne; dopiero w XVII wieku pojawiły się w tej dziedzinie towarzystwa.

Od ówczesnej asekuracji morskiej, uprawianej w włoskich miastach, zwłaszcza w Genui, wychodził silny impuls: urządzenie to rozszerzyło się na inne kraje i też na inne dziedziny gospodarcze, uzyskało także wpływ na ustawodawstwo. Prawdopobnie bezpośrednio z asekuracją morską łączyło się ubezpieczenie transportów lądowych; w najstarszym dokumencie, w którym zachodzi wzmianka o ubezpieczeniu transportu lądowego (polisa wystawiona w 1424 r. w Genui), czytamy: „mittis per mare et per terram". Ubezpieczenie obejmowało więc prawdopodobnie, tak jak i obecnie nieraz bywa, całe ryzyko transportowe od miejsca produkcji do miejsca konsumcji („od domu do domu", „od źdźbła do kądzieli", „z pola do fabryki"). Do ciekawego rezultatu dochodzi Ehrenzweig przy analizie pewnego notarjalnego pokwitowania frachtowego i asekuracyjnego z 22 kwietnia 1329 r.; autor ten interpretuje je w tym kierunku, że przedsiębiorstwo handlowe Acciaivoli powierzyło niejakiemuś Octobonus de Marinis towary do transportu, i u niego również ubezpieczyło odnośny ładunek, a jednocześnie zawarło jeszcze ubezpieczenie u niejakiegoś Gaspalis de Grimaldis w tem znaczeniu, że gdyby Octobonus w razie szkody nie mógł wypłacić sumy odszkodowawczej, wówczas obowiązek ten miał ciążyć na Gaspalis de Grimaldis; to drugie ubezpieczenie byłoby więc asekuracją na wypadek niewypłacalności pierwszego ubezpieczyciela. (Inne przykłady nowych dziedzin ubezpieczeniowych cf. poniżej).

Skoro asekuracja zdobyła sobie miejsce jako osobna dziedzina stosunków gospodarczych, musiało rozwinąć się też osobne ustawodawstwo asekuracyjne, regulujące te stosunki. Pierwszym aktem legislatywnym w dziedzinie asekuracji było genueńskie rozporządzenie z dnia 8.V.1366 r., które po raz pierwszy używało określenia „assecuramentum" w znaczeniu ubezpieczenia. Rozporządzenie to dopatrywało się hazardu w asekuracji i zakazało jej zupełnie. Lecz już 21.X.1369 r. doża genueński Gabriel Adorno, z zawodu sam kupiec, zniósł ten zakaz i uznał asekurację za dozwoloną, ważną i pożyteczną. Statut Genui z 1404 r. zawierał szczegółowe postanowienia co do asekuracji. Lecz ostatni oryginalny egzemplarz tego statutu zaginął w okresie politycznych zamieszek i przewrotów w erze napoleońskiej. Natomiast zachował się indeks tegoż statutu, który zawiera nagłówki poszczególnych rozdziałów; z nich dowiadujemy się, że statut ten zawierał postanowienia o tem, jakich ubezpieczeń zawierać nie było wolno, jakie ubezpieczenia Genueńczycy mogli zawierać, jakie były postanowienia na wypadek rozbicia się okrętu i t. d.

W 1401 r. Genua zaprowadziła też już pierwszy podatek od ubezpieczeń w wysokości $^1/_2$% ubezpieczonej sumy, otwierając sobie źródło znacznych dochodów.

Od Włochów zapoznali się z ubezpieczeniami morskiemi Portugalczycy i Hiszpanie. Król portugalski Ferdynand (1367 — 1383) zaprowadził rozporządzeniem z 1375 r. na całym obszarze swego państwa przymus ubezpieczeniowy w zakresie asekuracji okrętów. Wszyscy właściciele okrętów byli przymusowo członkami towarzystwa ubezpieczeń opartego na wzajemności, które miało na celu pokrywanie szkód morskich. Każdy okręt podlegał przed wyjazdem w podróż morską urzędowemu zbadaniu swej zdatności do podróży. Tytułem składki wpłacano do kasy towarzystwa 2% zysku osiągniętego w każdej podróży; w razie niewystarczalności zasobów kasy towarzystwa nakładano na właścicieli okrętów repartycje w stosunku do wartości każdego okrętu ustalonej przez urzędowych rzeczoznawców. Kasa towarzystwa tego świadczyła w razie zatonięcia lub poważnego uszkodzenia okrętu. Lecz instytucja ta utrzymała się tylko przez krótki czas. Pomysł przymusu ubezpieczeniowego podejmowano w następnych wiekach kilkakrotnie, lecz zawsze bez trwałego sukcesu.

Nieco później rozwinęły się ubezpieczenia morskie w Hiszpanji i to bez przymusu państwowego. Ustawodawstwo asekuracyjne w Hiszpanji wyprzedziło nawet włoskie. Ustawa o ubezpieczeniach morskich wydana w 1435 r. w Barcelonie jest najstarszą ustawą tego rodzaju. W rozporządzeniu z Sewilli z 1556 r. zachodzi po raz pierwszy wyraz „praemium" w znaczeniu składki.

Tym samym szlakiem, jakim w ówczesnych wiekach postępował rozkwit[1]) handlu i potęgi, szedł również rozwój asekuracji morkiej. Po włoskich republikach, po Portugalji i Hiszpanji przyszła kolej na Holandję (włącznie dzisiejszej Belgji, wówczas bowiem tworzyły one wspólną całość). Tutaj zaszczepili Włosi asekurację, która najpierw kwitła w mieście Brügge, stojącem wówczas dzięki handlowi włoskiemu u szczytu swej świetności jako punkt wymiany produktów Europy północnej i południowej. Pierwsze polisy wystawiano w Brügge w języku włoskim. Wprowadzenie w niedługim czasie języka rodzimego znacznie ułatwiło rozpowszechnianie się asekuracji morskiej w tym kraju. Kroniki wspominają, że na prośbę mieszkańców m. Brügge hrabia Flandrji założył w tem mieście w 1310 r. izbę asekuracyjną, w której kupcy mogli za opłatą stałej składki ubezpieczać swoje towary od niebezpieczeństw morskich i innych. Około 1490 r. Brügge musiała odstąpić pierszeństwo Antwerpji, którą później znowu wyparł Amsterdam. Pierwszą w Holandji ustawą o ubezpieczeniach było rozporządzenie (ordonnance) Filipa II, króla hiszpańskiego, w 1563 r. Na tem rozporządzeniu opierały się przepisy opracowane dla giełdy w Antwerpji, na których wzorowały się później przepisy dla giełdy hamburskiej.

Z Holandji, prawdopodobnie z Brügge, dostały się ubezpieczenia morskie do Niemiec. Mianowicie pewien Holenderczyk, który wywędrował do Hamburga, zawarł tam w 1588 r. pierwsze ubezpieczenie morskie. W 1590 r. toczył się przed sądem w Hamburgu pierwszy spór w dziedzinie ubezpieczeń

---

[1]) Określenie to rozumie się na miarę stosunków średniowiecznych. Obroty handlowe były wówczas bardzo małe. N. p. suma wszystkich towarów przewożonych w ciągu całego roku przez przełęcz św. Gotharda (jedna z najważniejszych dróg handlowych przez całe średniowiecze) nie dosięgała pojemności ładowniczej dwóch zwykłych pociągów towarowych.

morskich. Pierwszą ustawę asekuracyjną niemiecką wydano dopiero w 1731 r.: Hamburska ustawa o asekuracji i hawerji. Rotterdam uzyskał pierwszą ustawę o ubezpieczeniach morskich w 1721 r., Bilbao w 1738 r., Amsterdam w 1744 r., Szwecja w 1750 r.

Do Anglji wprowadzili ubezpieczenia morskie prawdopodobnie mniejwięcej jednocześnie Włosi i niemieccy Hanseaci. Na wpływy Włochów wskazuje nazwa Lombard Street oraz fakt, że wszelkie angielskie polisy morskie jeszcze aż do XIX wieku rozpoczynały się słowami: „w imię Boga, amen", co niezawodnie pochodzi od włoskiego źródła „Dio la salvi, amen". W Londynie osiedliło się już wcześnie grono kupców niemieckich, które już w 1402 r. posiadało własny kantor pod nazwą „gilhalda teutonicarum" i uprawiało ożywiony handel. Później nawiązało ono ścisłe stosunki z niemiecką Hansą i zmieniło nazwę na „Stalhof" lub „Schnellwage" stosownie do nazwy kompleksu budynków nad brzegiem Tamizy, w którym ten kantor się znajdował. Lecz za czasów królowej Elżbiety (1558 — 1603) pozbawiono tak Włochów jak i Niemców wszelkich wpływów i praw i wypędzono ich (Niemców w 1597 r. w związku z konfliktem między Anglją a Hansą); odtąd Anglicy sami ujęli w swoje ręce żeglugę morską jak i asekurację, osiągając z biegiem czasu zupełną przewagę nad wszystkimi współzawodnikami. W 1601 r. wydała królowa Elżbieta pierwsze angielskie prawo o ubezpieczeniach p. t. „An act concerning matters of assurance amongst merchants".

Najstarszy pomnik francuskiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego, słynny guidon de la mer, wydany około 1580 r., w niektórych swoich częściach podobno sięgający XI wieku, przedstawia prawo zwyczajowe kupców i ubezpieczycieli morskich miasta Rouen; m. i. zabrania on ubezpieczeń życiowych na wypadek śmierci. Ważne rozporządzenie francuskie o ubezpieczeniach morskich, t. zw. „ordonnance de la marine" ukazało się w 1691 r.

Ze zwyczaju ubezpieczania, prócz samego okrętu, także ładunku rozwinęło się ubezpieczenie bydła i także niewolników podczas przewozu okrętem (n. p. hiszpańskie rozporządzenie z 1556 r.); każdy ubytek wskutek śmierci siły roboczej oznaczał stratę dla właściciela. W tym sensie ubezpieczenie niewolników było raczej ubezpieczeniem rzeczowem (nie osobowem), aczkolwiek opierało się na życiu ludzkich istot. Podobny stosunek cechował inną jeszcze grupę ubezpieczeń na wypadek śmierci, mianowicie ubezpieczenie niewolnic na wypadek zgonu w związku z ciążą, z którego rozwinęło się takie samo ubezpieczenie żon wolnych obywateli. Według prawa genueńskiego mężczyzna, od którego niewolnica zapadła w ciążę, był odpowiedzialny wobec jej właściciela i pana, zwłaszcza jeżeli w związku z ciążą lub porodem zmarła. Dowiedzenie komuś tego przestępstwa nie było rzeczą wcale trudną. Urządzano się nieraz tak, że odnośny mężczyzna mógł uwolnić się od tej odpowiedzialności przez złożenie z góry pewnej kwoty. Stąd wywiązały się wnet umowy ubezpieczeń na wypadek śmierci niewolnic w związku z ciążą. Znany badacz Bensa wymienia dwie takie umowy zawarte w Genui, jedną z 1430 r., drugą z 1467 r. Że myśl tę rozwinięto dalej w kierunku zawierania takich samych ubezpieczeń także na życie żon wolnych obywateli (więc już jako ubezpieczenia życiowe), o tem świadczy odnaleziona również przez Bensę umowa w 1427 r. zawarta w Genui przez małżonka na życie żony na wypadek jej śmierci w związku z ciążą. Z 1428 r. zachowała się umowa zawarta na wypadek śmierci żony z jakiejkolwiek przyczyny (więc bez związku z ciążą) w ciągu rocznego okresu. Umowy te są ujęte jako

akty kupna i sprzedaży. W ten sposób rozpowszechniało się ubezpieczenie na wypadek śmierci (zwykle na rok). A że wysokość „ceny” (składki) ustanawiana była bez stosowania jakichkolwiek podstaw technicznych, nie można się dziwić, że asekuracja ta stopniowo przeradzała się coraz bardziej w zwykły hazard, w proste stawianie na życie brzemiennej kobiety lub wogóle na czyjekolwiek życie; robiono poprostu zakłady na życie (cf. poniżej).

Druga linja rozwojowa prowadząca od asekuracji morskiej do ubezpieczeń życiowych nawiązywała do wspomnianego też już powyżej zwyczaju, że dla osobnika, który udawał się w daleką podróż n. p. okrętem i dostał się do niewoli „niewiernych” lub korsarzy, krewni jego i znajomi zbierali finansowe środki na okup. Potrzebną kwotę było można zapewnić sobie z góry przez zawarcie ubezpieczenia, posługując się przytem pośrednictwem maklerów. Zwyczaj ten istniał już w XIV wieku. Składkę opłacano jednorazowo: składano pewną kwotę z tą umową, że jeżeli odnośny podróżnik szczęśliwie wróci, to wpłacona kwota przepada, jeżeli jednakowoż popadnie w niewolę, to ubezpieczyciel musi w ciągu 15 dni od otrzymania udokumentowanej wiadomości stawić na okup do dyspozycji umówioną wielokrotność deponowanej kwoty. Inne umowy zastrzegały wypłatę umówionej wielokrotności wpłaconej sumy w razie śmierci podróżnika podczas podróży. Nieraz atoli umowa brzmiała wręcz przeciwnie: w razie śmierci podróżnika złożona kwota przepadała, a wielokrotność jej musiała być zwróconą w razie szczęśliwego jego powrotu. Nieraz podróżnik sam przy wyjeździe swoim deponował u kogokolwiek pewną kwotę na jeden z powyższych celów. Były to znowu ubezpieczenia na wypadek śmierci w ciągu niedługiego okresu (najdłużej trzy lata). Z winy braku jakichkolwiek podstaw rachunkowych tranzakcje te przedstawiały się w swoich zewnętrznych formach jako zakłady na życie: stawiano na życie własne albo cudze — był to wpływ panującej wówczas powszechnie w stopniu dla nas obecnie niezrozumiałym żądzy hazardu i gry. O ile pierwotnie istniał rzeczowy stosunek między osobą składającą pewną kwotę a następstwami zdarzenia, które stanowiło przedmiot tranzakcji (chodziło o zapewnienie środków na okup albo na zaopatrzenie małoletnich dzieci i t. d.), o tyle później robiono podobne zakłady na życie bez jakiejkolwiek wewnętrznej przyczyny, poprostu dla przyjemności hazardu i gry. Stawiano na życie papieża, cesarza, królów, książąt, kardynałów — tak samo jak n. p. na wynik turnieju, wyścigów konnych i t. d. Pod wpływem zwyczaju powszechnie panującego spaczono ideę asekuracji na życie, zrównano ją z grami hazardowemi, ze zwykłemi zakładami.

Reakcją na to było z jednej strony pogorszenie się ogólnej opinji o asekuracji na życie i wogóle o asekuracji, której wcale nie rozróżniano od zwykłego hazardu, z drugiej strony — wydanie przez rządy różnych państw zakazu uprawiania wogóle „asekuracji na życie i wszelkiego hazardu” (w XV wieku w Genui i w Barcelonie, w XVI w. w Holandji, rozporządzenie Filipa II z 1570 r.). Odżyła stara rzymska zasada, zabraniająca wyrażania wartości życia wolnego obywatela w kwocie pieniężnej i uznająca umowy takie za nieważne. Pogląd ten, który nigdy zupełnie nie wygasł, stale utrudniał rozwój asekuracji na życie, w szczególności na wypadek śmierci, a w związku z przytoczonemi tylkoco, rzeczywiście niepożądanemi objawami przyczynił się do wydania wspomnianych zakazów. Gdzie te lub inne gałęzie asekuracyjne były dozwolone, władze pańtwowe roztaczały nad czynnościami ubezpieczeniowemi ścisły nadzór i uzależniały prawo wykonywania ich od

uzyskania na to urzędowego zezwolenia. W owych też czasach ustanowiono ważną i słuszną zasadę, dzisiaj jeszcze powszechnie uznawaną, że przedmiotem asekuracji może być tylko rzeczywisty interes czyli materjalny udział, a nigdy samo interesowanie się (Gegenstand der Versicherung kann nur ein wirkliches echtes Interesse, niemals aber ein Spielinteresse sein).

Wypada mi jeszcze nadmienić, że, jak wynika z starego prawa morskiego w Wisby z 1541 r., już wtenczas właściciele okrętów ubezpieczali życie kapitanów swoich okrętów od wypadków podczas podróży morskich. Dalej: w 1665 r. Holandja ubezpieczyła swoich żołnierzy najemnych od wypadków wojennych i to na wypadek utraty jednego lub obu oczu, jednej lub obu rąk wzgl. nóg; przy utracie prawej ręki świadczenia były większe aniżeli przy utracie lewej ręki — zupełnie zgodnie z zasadami nowoczesnej asekuracji od nieszczęśliwych wypadków.

W powyższym szkicu przedstawiłem w streszczeniu ustrojowe i rozwojowe formy ubezpieczeniowe i im podobne na tym odcinku czasu i historji, który cechują niewątpliwie wpływy prądów, poglądów i urządzeń właściwych średniowieczu, w pierwszym rzędzie wpływ poglądu kościoła w sprawie pobierania odsetek od pożyczek. Gdy historja polityczna zamyka okres średniowiecza mniej więcej w połowie XV wieku, to jednak wpływy jego w zakresie urządzeń asekuracyjnych uwydatniają się wyraźnie jeszcze w późniejszych wiekach, sięgając głęboko w t. zw. nowsze czasy.

Linja rozwojowa nowoczesnej asekuracji wzięła swój początek w północnych Włoszech, szczególnie w Genui: tamtejsze potężne wówczas republiki mieszczańskie, które przez kilka wieków promieniowały na cały świat swą kulturą, cywilizacją, nauką i sztuką, zajmowały też przodujące miejsce pod względem potęgi, dobrobytu, handlu, wytwórczości przemysłowej, one też wytworzyły tak ważne urządzenia nowoczesne jak banki, książkowość, asekuracja i ustawodawstwo asekuracyjne.

W polskich źródłach z owych czasów niewątpliwie spoczywa sporo ciekawego materjału z dziedziny historji asekuracji, który dotychczas nie został jeszcze odkryty wzgl. opracowany. Byłoby bardzo pożądane, by źródłowe badania tę lukę niebawem wypełniły.

Prof. Eichstaedt

REFORMA SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH, A ZASADA PRZYMUSOWEJ OSZCZĘDNOŚCI I CZĘŚCIOWEGO UBEZPIECZENIA.

Rządowy program reformy ubezpieczeń społecznych, — ujęty pierwotnie w projekcie t. zw. ustawy scaleniowej z roku 1927[1]), a następnie uzupełniony poprawkami i ostatecznie sformułowany w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem z roku 1929[2]), — zmierza do unifikacji i scalenia przepisów ubezpieczeniowych pod względem organizacyjnym i rzeczowym na gruncie kardynalnych założeń, leżących u podstaw obecnego ustroju[3]).

W ostatnich czasach zagadnienie reformy ubezpieczeń społecznych podjęte zostało również przez Sosnowiecką Izbę Przemysłowo-Handlową, która wysuwa projekt radykalnej przebudowy i oparcia ustroju ubezpieczeniowego na zasadzie indywidualnej oszczędności przymusowej, skoordynowanej z zasadą częściowego ubezpieczenia przed skutkami wypadków losowych[4]).

W tych uwagach pragnę poddać pod rozwagę kwestję, czy konstrukcja ubezpieczeniowa, projektowana przez Izbę, ma wyższość nad systemem ubezpieczeń społecznych, opartym na idei solidarności społecznej, która jest podstawą zarówno obecnego ustroju, jak też i projektu rządowego. Chodzi mi o pytanie, czy istnieją dostateczne racje natury finasowej, gospodarczej lub socjalnej, które przemawiałyby za oparciem reformy ubezpieczeniowej na założeniach programowych Izby.

Projekt Izby włącza do nowego systemu dział zasiłkowy ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci, za wyjątkiem niezdolności lub śmierci, objętej ubezpieczeniem wypadkowem. Wyłącza lecznictwo w ubezpieczeniu na wypadek choroby i ubezpieczenie wypadkowe, pozostawiając te działy w ramach dotychczasowego systemu ubezpieczeniowego. Zabezpieczenie na wypadek bezrobocia stawiają autorzy projektu poza obrębem dziedziny ubezpieczeń, ze względu na konjunkturalny a nie losowy charakter wypadków bezrobocia.

---

[1]) Por. projekt ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego. Warszawa, 1927.

[2]) Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem złożony został ciałom ustawodawczym w roku 1929. Projekt ten zawiera kodyfikację całego ubezpieczenia robotniczego (za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek braku pracy), oraz ubezpieczenia chorobowego wspólnego dla robotników i pracowników umysłowych. Poza zakresem projektu zostaje — unormowane szeregiem aktów ustawodawczych całe ubezpieczenie pracowników umysłowych, poza ubezpieczeniem chorobowem, oraz ubezpieczenie robotnicze na wypadek braku pracy. Por. Druk Sejmowy Nr. 487 z roku 1929.

[3]) Pierwszym, dokonanym już krokiem na drodze zrealizowania programu tego jest Rozporządzenie z dnia 29 listopada 1930 r. (o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych), które weszło w życie z dniem ogłoszenia, z wyjątkiem postanowień, wymagających rozporządzeń wykonawczych. Końcem roku 1931 ukazało się pierwsze rozporządzenie wykonawcze w sprawie reorganizacji kas chorych. Por. Dz. U. R. P. Nr. 94/1931, poz. 724, oraz Nr. 81/1930, poz. 635.

[4]) Wytyczne i uzasadnienie projektu Izby omówione zostały w pracy J. Brauna: Oszczędność przymusowa i częściowe ubezpieczenie, jako wytyczne reformy ubezpieczeń społecznych. Sosnowiec, 1930.

Nowy system polega na następującem urządzeniu.

Przymusowa składka, wpłacana przez pracownika i pracodawcę, wpływałaby nie — jak dotychczas — na rzecz instytucji ubezpieczeniowej, lecz na imienny rachunek oszczędnościowy ubezpieczonego w Pocztowej Kasie Oszczędności.

Konto oszczędnościowe miałoby dwa subkonta: A i B. Pierwsze służyłoby do lokowania składek na cele zasiłkowe ubezpieczenia chorobowego. Drugie byłoby przeznaczone do lokowania składek na cele ubezpieczenia długoterminowego. Konto stanowiłoby własność ubezpieczonego, ale bez prawa swobodnej rozporządzalności. Z subkonta A otrzymywałby ubezpieczony w warunkach analogicznych do obecnych, za zezwoleniem i pod kontrolą kasy chorych, zasiłki pieniężne w czasie choroby, powodującej niezdolność do pracy. Uprawnienie do podjęcia reszty oszczędności z subkonta A, oraz kapitału oszczędnościowego z subkonta B nabyłby ubezpieczony — na wypadek niezdolności do pracy, wzgl. po dojściu do określonego wieku (65 lat). Na wypadek śmierci ubezpieczonego przechodziłoby to uprawnienie na jego rodzinę.

W zakresie ubezpieczenia długoterminowego istniałaby — oprócz składki oszczędnościowej — osobna składka na rzecz częściowego ubezpieczenia, mającego na celu zapewnienie pracownikowi dodatkowo odpowiedniej renty w razie zajścia zdarzenia losowego przed zebraniem dostatecznie wysokich oszczędności na koncie osobistem.

Zacznę od rozpatrzenia wyników projektu Izby z punktu widzenia finansowego, najpierw w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby, a następnie w dziale ubezpieczenia długoterminowego.

I.

W zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby ustala projekt Izby składkę w wysokości 6% płacy ubezpieczonego pracownika, a więc w wysokości, przewidzianej w projekcie rządowym ustawy o ubezpieczeniu społecznem z roku 1929.

Projekt przeznacza 3,5% płacy na cele lecznictwa, opartego na dotychczasowych zasadach. Do tego działu ubezpieczenia autorzy projektu nie wprowadzają zmian żadnych.

Reszta składki, a więc 2,5% płacy, byłaby wpłacana do Pocztowej Kasy Oszczędności na osobiste konto oszczędnościowe ubezpieczonego.

Projekt Izby przyjmuje, że zasiłek pieniężny, przypadający przeciętnie na jednego ubezpieczonego, wynosi 25% składki na cele ubezpieczenia chorobowego, co odpowiadałoby mniej więcej ogólnej przeciętnej cyfrze zasiłku, wypłaconego przez kasy chorych w roku sprawozdawczym 1928[5]). Przyjmując składkę ubezpieczeniową w wysokości 6% płacy, otrzymujemy dla zasiłku stawkę 1,50% płacy (25% składki 6%-wej).

Czysta nadwyżka oszczędnościowa na koncie oszczędnościowem, t. zn. reszta oszczędności (wynoszącej 2,5% płacy), pozostała po podjęciu z konta zasiłków pieniężnych (1,50% płacy) wynosiłaby zatem — w przecięciu — około 1% płacy.

---

[5]) Zasiłki pieniężne stanowiły w roku 1928 dla całej Polski 25,2% przypisu składek. Rocznik IV Ubezpieczeń Społecznych w Polsce. Warszawa 1928. Str. 13.

Bliższy rachunek, oparty na tych danych i na przeciętnej stopie technicznej w wysokości 5% rocznie, wykazuje, że kapitał oszczędnościowy, zebrany na koncie po dojściu ubezpieczonego do 65 roku życia, t. zn. teoretycznie po 47 latach nieprzerwanego oszczędzania (od 18-go roku życia), wyniósłby około 160% przeciętnej płacy rocznej. Tak np. przy przeciętnej płacy rocznej 2000 złotych ubezpieczony uzyskałby kapitał w wysokości około 3220 zł. Słuszność przytoczonego obliczenia nadwyżek oszczędnościowych można odrazu zakwestjonować, a to z następujących względów.

Projekt Izby nawiązuje do projektu rządowego z roku 1929, a w szczególności przejmuje ustaloną w tym projekcie wysokość składki na cele ubezpieczenia chorobowego. Otóż w projekcie z roku 1929, a taksamo w obecnym ustroju, system finansowy ubezpieczenia na wypadek choroby oparty jest na zasadzie repartycyjnej [6]). Znaczy to, że składki, pobrane w ciągu roku na cele ubezpieczenia — jeśli abstrahować od tworzenia drobnego funduszu bezpieczeństwa — pokrywają wydatki, związane z wypadkami losowemi, które zaszły w danym roku, a najdalej w roku poprzednim.

Jeśli tedy ubezpieczenie na wypadek choroby nie gromadzi kapitałów na dalszą przyszłość i operuje składką tak skąpo odmierzoną, to skądże tak znaczna stosunkowo kumulacja czystych nadwyżek na kontach oszczędnościowych, którą stwierdza rachunek autorów projektu?

Aby rozwiązać ten paradoks, wystarczy rozpatrzeć założenia rachunku.

II.

Można wykazać trzy niedopuszczalne, w obliczeniu zastosowane założenia.

1) Przedewszystkiem pominięta została — w sposób dowolny — kwestja kosztów administracji.

Wprawdzie projekt Izby przewiduje współdziałanie Pocztowej Kasy Oszczędności, ale takie ujęcie organizacyjne akcji oszczędnościowo-zasiłkowej nie rozwiązywałoby jeszcze zagadnienia kosztów administracyjnych.

Pocztowa Kasa Oszczędności mogłaby objąć jedynie kasowość i rachunkowość, związaną z wpłatami i wypłatami oszczędności. Natomiast cała reszta prac manipulacyjnych, ewidencyjnych i kontrolnych musiałaby z natury rzeczy obciążać instytucje ubezpieczeniowe (kontrola stanu kont, postępowanie w sprawach o świadczenia, księgowanie zaległych składek, ściąganie zaległości, prace statystyczne i t. d.). Wszystkie te czynności należałyby do ubezpieczalń, jako organów, prowadzących akcję oszczędnościową i regulujących politykę wypłat zasiłkowych. Nie wydaje się zatem, aby pomocnicze posługiwanie się Pocztową Kasą Oszczędności dawało wogóle ubezpieczalniom możność zaoszczędzenia znaczniejszego odsetka kosztów administracyjnych.

Z drugiej jednak strony, Pocztowa Kasa Oszczędności, jako współczynny organ akcji oszczędnościowo-zasiłkowej, ponosiłaby, — oprócz zwykłych kosztów bankowych, występujących normalnie w prowadzonym przez nią dziale oszczędności, — jeszcze dodatkowe koszta funkcyj i agend, wynikających z stosunku do ubezpieczalń, jako instytucyj kontrolnych i nadzorczych (stosunki korespondencyjne i buchalteryjne).

---

[6]) Pokrycie świadczeń ubezpieczenia chorobowego, które obciążone jest ryzykiem strat przemijających nie wymaga wysokich kapitałów. Stąd też dział ubezpieczenia na wypadek choroby stanowi klasyczny grunt dla stosowania zasady repartycyjnej.

Gdyby te dodatkowe koszta, — istniejące poza normalnemi kosztami bankowemi, wkalkulowanemi w biernę stopę procentową, — obciążały Pocztową Kasę Oszczędności, a więc instytucję państwową, to takie unormowanie rzeczy stanowiłoby ukrytą subwencję Skarbu Państwa na rzecz ubezpieczeń. Otóż, jeżeli wyjdziemy z założenia, że dopłaty skarbowe na cele ubezpieczeń nie mają faktycznie przewyższać przewidzianych explicite w rządowym projekcie — norm, które projekt Izby przejmuje, to ciężar tych dodatkowych kosztów trzeba będzie przerzucić na ubezpieczalnie.

Ale już sama koncepcja współdziałania Pocztowej Kasy Oszczędności w formie, przewidzianej przez projekt Izby, pozbawiona jest uzasadnienia z punktu widzenia administracyjnego i gospodarczego, bo ubezpieczalnie i Pocztowa Kasa Oszczędności pełniłyby — siłą rzeczy — szereg tychsamych funkcyj. W czynnościach tych aparatów, wziętych jako całość, wytwarzałaby się tedy nadwyżka zbytecznej pracy.

Stanąwszy na gruncie projektu Izby, trzebaby było uznać scentralizowanie czynności, związanych z prowadzeniem kont oszczędnościowych, w samych ubezpieczalniach, za system trafniejszy i bardziej ekonomiczny. Nie wykluczałoby to oczywiście możności posiłkowania się Pocztową Kasą Oszczędności, jako instytucją pomocniczą w akcji ściągania składek i wypłacania zasiłków, ani możności choćby wydatnego posługiwania się nią, jako instytucją depozytową, gdyby — per inconcessum — przyjąć, za projektem Izby, że tylko Pocztowa Kasa Oszczędności daje gwarancję należytego rozprowadzania kapitałów oszczędnościowych.

Z tych wszystkich względów trzeba przyjąć, że pominięcie kwestji kosztów administracyjnych w kalkulacji nadwyżek oszczędnościowych jest rzeczą niedopuszczalną. Zapewne, możnaby dyskutować na temat wysokości kosztów, które w obliczeniu należałoby uwzględnić, ale zupełne pominięcie tej pozycji stanowi błąd rachunkowy.

2) Drugą sprawą, pominiętą przez autorów projektu, jest kwestja zapewnienia zasiłków tym ubezpieczonym, którzy w chwili zajścia zdarzenia losowego nie będą dysponowali odpowiednim kapitałem na koncie osobistem.

Projekt zbywa tę materję ogólnikami, wskazując — mimochodem tylko — na możność zaprowadzenia zwrotnych zasiłków z wpłat na rzecz ubezpieczenia długoterminowego (z subkonta B). Ubezpieczenie długoterminowe ponosiłoby zatem — mówiąc metaforycznie — ciężar niewypłacalności ubezpieczenia krótkoterminowego.

Pomysł czerpania pożyczek zasiłkowych z funduszów, przeznaczonych na ubezpieczenie długoterminowe, — pożyczek, które w praktyce często będą nieściągalne, — jest tak nierealny, że z góry winien być odrzucony. Byłby on przecież jednoznaczny z koncepcją odebrania ubezpieczonym części świadczeń, które zapewnia im rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Drugą ewentualnością, na którą autorzy projektu wskazują, byłoby uzależnienie wypłaty zasiłków od przebycia pewnego czasu wyczekiwania. Także i takie unormowanie sprawy stanowiłoby pogorszenie świadczeń w porównaniu z rządowym projektem ustawy.

Jest jeszcze trzecia możliwość: utworzenie ogólnego funduszu dla kont indywidualnych (funduszu reasekuracyjnego). Jest to jedyne wyjście z trudności.

Nie chodzi tu o ścisłe obliczenia. Wystarczy dla dalszych wywodów, jeśli wskażę, że dla dokonywania wypłaty zasiłków na rzecz właścicieli de-

ficytowych kont potrzebny byłby fundusz obrotowy w wysokości przynajmniej kilkudziesięciu procent normalnych wydatków rocznych na zasiłki pieniężne. Oprócz tego zachodzi konieczność zabezpieczenia się przed nadzwyczajnemi wydatkami w okresach wzmożonej działalności zasiłkowej, spowodowanej niepomyślnym przebiegiem zjawisk losowych, przed wahaniami naturalnemi, lub wreszcie przed niekorzystnym stanem zaległości składkowych. Należałoby przyjąć, że ogólny fundusz, potrzebny na wszystkie te cele, musiałby wynosić — by wymienić jakąś cyfrę — około 50% wydatków rocznych na pomoc zasiłkową.

Zastrzegam się, że przytoczona cyfra nie rości pretensji do ścisłości. Chodzi tylko o stwierdzenie, że kwestja funduszu ogólnego istnieje i że w rachunku nadwyżek oszczędnościowych pominąć się nie daje.

3) Wreszcie trzecia kwestja. Rachunek Izby opiera się na wielce optymistycznem założeniu — i to na założeniu dowolnem, bo nieopartem na danych faktycznych — że z 6%-wej składki ubezpieczeniowej wystarczy wydzielić 3,5% płacy (t. zn. tylko około 58% składki ubezpieczeniowej) na pokrycie kosztów świadczeń rzeczowych (pomoc lekarska, lekarstwa, szpitale), a całą resztę w wysokości 2,5% płacy (t. zn. około 42% składki ubezpieczeniowej) można przeznaczyć na cele oszczędnościowe.

Z danych statystycznych wynika, że w okresie 6 lat sprawozdawczych 1925 — 1930 świadczenia rzeczowe pochłonęły 70% sum, wydatkowanych ogółem na świadczenia, a zasiłki pieniężne zaledwie 30%[7]). Nawet w roku 1928, w którym stosunkowa wysokość wydatków na świadczenia rzeczowe była mała, przypadało na nie 67% sum, wydatkowanych ogółem na świadczenia, a na zasiłki pieniężne tylko 33%. Opierając się na tych danych faktycznych należałoby wydzielić na cele świadczeń rzeczowych nie 58% składki ubezpieczeniowej, jak to projekt Izby czyni, lecz przynajmniej 70% składki. Otóż nasuwają się wątpliwości, czy dokonane przez projekt Izby obniżenie procentowego udziału składki leczniczej w składce ubezpieczeniowej (z 70% na 58%) jest do przeprowadzenia bez uszczerbku dla zdolności kas chorych do udzielania świadczeń rzeczowych.

Projekt rządowy z roku 1929 zrywa z przyjętą w ustawie z dnia 19 maja 1920 r. zasadą obliczania składki od 7 dni w tygodniu, mimo że praca trwa dni 6 — i wprowadza system liczenia tygodnia za 6 dni. Spowoduje to — w porównaniu z obecnym stanem rzeczy — obniżenie rzeczywistego wymiaru składki. Mało tego. Wysokość stopy składki, wynosząca dziś nominalnie 6,5% płacy, została w projekcie zniżona nominalnie do 6%. W rezultacie — efektywna zniżka składki, przewidziana w projekcie rządowym, a przejęta przez projekt Izby, — zniżka, która znajduje usprawiedliwienie w spodziewanem zmniejszeniu kosztów z tytułu scalenia ubezpieczeń i z tytułu odciążenia kas chorych (na co wpłynie system opłat za lekarstwa), — wyniesie około 23% składki obecnej.

Z drugiej strony, w porównaniu ze stanem obecnym, projekt rządowy raczej zwiększa sam rozmiar świadczeń rzeczowych i rozszerza zakres uprawnionych do nich osób.

Przy takim zasięgu pomocy leczniczej wątpliwą wydać się musi możliwość dalszego zwężenia podstaw finansowych działu świadczeń rzeczowych

---

[7]) Por. Rocznik IV Ubezpieczeń Społecznych, str. 13, oraz Wiadomości Kas Chorych, zeszyt 15 - 16 z sierpnia 1931 r., str. 1767.

przez obniżenie (do 58%) udziału, przypadającego temu działowi w składce ubezpieczeniowej, już i tak zniżonej o 23% w stosunku do stanu obecnego.

Podnieść należy, że projekt rządowy nakłada wprawdzie na ubezpieczonych obowiązek pokrywania części kosztów lekarstw (nie więcej, jak 10%), lecz przepis ten ma raczej znaczenie wychowawcze ze względu na minimalny rozmiar opłat, oraz przewidziane ulgi i nie będzie stanowił źródła dodatkowych dochodów kasowych.

Chciałbym dorzucić jeszcze jedną uwagę. Rozdział działalności leczniczej od zasiłkowej stwarza system o mniejszej elastyczności finansowej. Dość wskazać na istniejącą w obecnej konstrukcji ubezpieczeń swobodę ruchu, polegającą na możności stosowania liberalniejszej gospodarki w dziale leczenia przy obostrzonej praktyce zasiłkowej, już to na odwrót — liberalnej praktyki w dziale zasiłkowym przy rygorystycznem stosowaniu pomocy leczniczej. Otóż przejście do oddzielonego od działalności zasiłkowej, samowystarczalnego lecznictwa, którego zadania rozszerza i pogłębia rozwój wiedzy lekarskiej, wymaga ostrożnego podziału składki na oba działy, ażeby aparat świadczeń rzeczowych, w którym leży punkt ciężkości[8]) ubezpieczenia chorobowego, mógł spełniać wyznaczone sobie zadania.

Powstaje pytanie, jak przedstawiałby się rachunek nadwyżek oszczędnościowych, sprostowany w trzech kierunkach, o których wyżej była mowa, t. zn. oparty na właściwem podziale składki 6%-wej na część zasiłkową i leczniczą, na uwzględnieniu kosztów administracyjnych, oraz na uwzględnieniu potrąceń na fundusz ogólny.

III.

Załóżmy zatem, — zgodnie z danemi statystycznemi kas chorych za sześciolecie 1925 — 1930, — że wydatki na świadczenia rzeczowe i na świadczenia pieniężne rozdzielają się w stosunku 7 : 3. Jeśli stosunek ten przyjmiemy jako podstawę rozdziału składki ubezpieczeniowej (6% płacy) na część zasiłkową i część leczniczą, to na cele zasiłkowe zostałoby tylko 1,8% płacy (30% składki ubezpieczeniowej).

Przypuśćmy dalej, — a liczymy optymistycznie, — że wydatki na admi-

---

[8]) „A ses débuts, l'assurance s'est surtout préoccupée de fournir aux malades incapables de pratiquer leur profession des indemnités pécuniaires devant se substituer au gain perdu. Peu à peu cette préoccupation a fait place à une conception plus large et vraiment sociale, qui met au premier plan le rétablissement du malade. Les prestations en nature accordées en vue de rétablir la santé du malade prennent le pas sur les indemnités en especés". Cytat ten wzięty jest z publikacii Międzynarodowego Biura Pracy p. t. „L'Assurance maladie obligatoire". Genewa 1927, str. 20.

W tym samym kierunku idzie projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. W motywach tego projektu czytamy co następuje. „Udzielanie pomocy leczniczej i położniczej, które w dawniejszem ustawodawstwie ubezpieczeniowem było uważane za rzecz podrzędną w porównaniu z zasiłkiem w chorobie, obecnie wysunięte zostało na pierwsze miejsce i w działalności instytucyj ubezpieczeniowych zajęło stanowisko naczelne. Od należytego postawienia tej sprawy zależy w pierwszym rzędzie urzeczywistnienie głównego zadania polityki społecznej, jakiem jest podniesienie zdrowotności w kraju, zachowanie i pomnożenie sił wytwórczych"... Por. „motywy" do projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, str. 72.

nistrację wyniosą 10% składki[9]), t. zn. 0,18% płacy i że początkowe potrącenia na cele funduszu ogólnego wyniosą także 10% składki, t. zn. 0,18% płacy.

Wówczas na cele oszczędnościowe pozostałoby tylko netto 1,44% płacy.

Zasiłki pieniężne stanowiły w okresie 1925—1930 przeciętnie 24% przypisu składek[10]). Przy składce 6% płacy należy zatem przyjąć, że przeciętny zasiłek roczny na 1 ubezpieczonego wyniesie 1,44% płacy (24% składki). Widzimy tedy, że czysta nadwyżka oszczędnościowa, t. zn. pozostałość składki oszczędnościowej (1,44% płacy) po podjęciu zasiłku (1,44% płacy) nie istniałaby wcale.

Do gorszego wyniku, mianowicie do deficytu oszczędnościowego (około 0,02% płacy) prowadzi podobne obliczenie, oparte na danych cyfrowych za rok sprawozdawczy 1930.

Po zebraniu odpowiednio wysokiego funduszu ogólnego, potrącenia (10% składki zasiłkowej), przeznaczone na cele tego funduszu, mogłyby ulec zmniejszeniu, lub mogłyby ustać. Cóżby wtedy nastąpiło?

Powstałaby sytuacja, podobna do tej, którą projekt rządowy ustawy o ubezpieczeniu społecznem przewidział i unormował.

Otóż rządowy projekt przewiduje zwolnienie tempa przyrostu funduszu, przeznaczonego na pokrycie nieprzewidzianych strat i nadzwyczajnych wydatków, gdy rezerwy przekroczą dwukrotną wysokość ogólnego wydatku rocznego — i nakłada na kasy obowiązek równoczesnego wprowadzenia świadczeń nadzwyczajnych[11]).

Jeśli zatem system Izby nie ma odebrać ubezpieczonym stopy świadczeń, którą system rządowy przyznaje im w dalszej przyszłości, to wówczas także i w systemie Izby należałoby przewidzieć, iżby — równocześnie z zmniejszeniem lub zastanowieniem dotowania funduszu ogólnego, a więc równocześnie z podwyższeniem składki, zapisywanej na konto oszczędnościowe — wprowadzona została odpowiednio podwyższona norma zasiłków pieniężnych (nadzwyczajne świadczenia).

W ostatecznym wyniku — zwiększenie składki oszczędnościowej skompensowałoby się z podwyższeniem wymiaru zasiłków pieniężnych i końcowy rezultat byłby ten sam, co poprzednio: czysta nadwyżka oszczędnościowa w minimalnej wysokości, lub równa zeru.

Przypuśćmy jednak na chwilę, że uchylamy postulat równości wymiaru świadczeń i godzimy się na gorsze normy zasiłkowe w systemie Izby.

Przypuśćmy np., że — po zebraniu odpowiednio wysokich rezerw — ustaje zupełnie dotowanie funduszu ogólnego składką 0.18% płacy — i że

---

[9]) W okresie sprawozdawczym 1925—1930 koszta administracyjne wynosiły wprawdzie około 10% przypisu składek, jednak prowadzenie niezliczonej ilości kont oszczędnościowych spowodowałoby znaczny — w stosunku do stanu obecnego — wzrost wydatków na administrację. Ostrożny rachunek wymagałby więc uwzględnienia wyższej, niż 10%-wej stawki kosztów administracyjnych. Pozatem należałoby również uwzględnić koszta ogólne (straty na nieściągalnych składkach i wierzytelnościach, różne wydatki i t. d.). Koszta te dosięgały w okresie wspomnianym około 5% przypisu składek. Otóż kalkulacja nadwyżek oparta na 10%-wej stawce kosztów administracyjnych i na pominięciu istnienia kosztów ogólnych, prowadzi do rezultatów optymistycznych.

[10]) Wiadomości kas chorych, zeszyt z sierpnia 1931 r., str. 1767.

[11]) W związku z projektem ustawy o ubezpieczeniu społecznem wysunęły sfery gospodarcze jeszcze dalej idący postulat jednoczesnego obniżenia składek i wprowadzenia świadczeń nadzwyczajnych, gdy fundusz zapasowy uzyska wysokość ustawową, ustaloną w wysokości połowy przeciętnego rozchodu rocznego kasy.

cała ta stawka przeznaczona zostaje na cele oszczędnościowe, bez równoczesnego ustanowienia zasiłków nadzwyczajnych. Wówczas konto oszczędnościowe byłoby zasilane składką 1,62% płacy, a ponieważ zasiłki konsumowałyby 1,44% płacy, przeto czysta nadwyżka oszczędnościowa wynosiłaby 0,18% płacy, t. zn. 18% sum, które przewiduje projekt Izby (1,00% płacy).

Jeżeli przyjmiemy, że każdoroczna nadwyżka oszczędnościowa na koncie wyniesie 0,18% płacy rocznej — i że okres oszczędzania nieprzerwanie trwać będzie przez 47 lat (od 18 do 65 roku życia), jak to autorzy projektu zakładają, zupełnie zresztą nierealnie [12]), — to przy przeciętnej płacy rocznej w wysokości 2000 złotych uzyskałby pracownik w 65 roku życia kapitał około 580 złotych, t. zn. zaledwie w wysokości 3,5 — miesięcznej płacy.

Ale czem byłyby te oszczędności okupione? Częściową utratą zasiłków pieniężnych, obniżonych do norm poniżej poziomu, przewidzianego w projekcie rządowym.

Powyższe uwagi wyjaśniają tedy, że projekt Izby nie osiąga czystych nadwyżek oszczędnościowych na poziomie obciążeń i świadczeń, wynikających z rządowego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Koniecznym korrelatem czystych nadwyżek na kontach oszczędnościowych byłoby zwiększenie składki na rzecz ubezpieczenia chorobowego, lub zmniejszenie norm świadczeniowych, przewidzianych w projekcie rządowym.

IV.

Przechodzę do oceny wyników finansowych systemu Izby w zakresie ubezpieczenia długoterminowego.

Projekt Izby, oparty na kombinacji zasady oszczędnościowej z ubezpieczeniem częściowem, zapewnia ubezpieczonemu: 1°) kapitał oszczędnościowy, który wraz z procentami wypłacony zostaje na wypadek inwalidztwa, lub na starość, wzgl. na wypadek śmierci, oraz 2°) rentę, na wypadek zajścia wypadku losowego przed nagromadzeniem dość wysokiego kapitału na koncie.

Wysokość renty zostaje uzależniona od ilości lat składkowych, które ubezpieczony ma za sobą w chwili nabycia uprawnień do renty. W miarę, jak rośnie okres lat składkowych, a więc i kapitał oszczędnościowy na koncie ubezpieczonego, spada renta od 100% „renty zasadniczej“ (40°/$_0$ płacy i 4°/$_0$ płacy na każde nieletnie dziecko) do zera procent [13]). Pośmiertne i renty wdowie po czynnych pracownikach i inwalidach znosi projekt zupełnie.

Składkę, wpłacaną na osobiste konto oszczędnościowe ubezpieczonego, ustala projekt w wysokości 3,5°/$_0$ płacy. Częściowe ubezpieczenie wymagałoby składki 1,64°/$_0$ płacy.

Zupełny brak obliczeń asekuracyjno-technicznych w pracy, przytoczonej na wstępie, nie pozwala sprawdzić tej ostatniej cyfry, obliczonej — rozumię — na zasadzie kapitałowego pokrycia zobowiązań.

Jeżeli założymy poprawność stawki 1,64°/$_0$, to łączna składka wynosiłaby 5,14°/$_0$. Ponieważ projekt przewiduje dopłatę skarbową tejsamej wy-

---

[12]) Nierealność założenia, że okres wieku ubezpieczonego od 18 do 65 roku życia pokrywa się z okresem oszczędzania, leży w nieuwzględnieniu faktu rozpoczynania pracy zawodowej w różnym wieku i w pominięciu przerw, spowodowanych różnemi warunkami i okolicznościami, jak stosunki rodzinne, brak pracy, nauka, choroby, próby utworzenia samodzielnego warsztatu i t. d.

[13]) Por. J. Braun, l. c. str. 45.

sokości, co projekt rządowy, t. zn. w wysokości około 1,1%, przeto pracownik i pracodawca obciążeni byliby składką około 4% płacy.

Nadmienić wypada, że w dziale ubezpieczenia długoterminowego projekt Izby nawiązuje do przesłanek cyfrowych pierwotnego projektu rządowego z roku 1927, który w stosunku do późniejszego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem wykazuje nieznaczne tylko zmiany.

Czy system Izby w powyższem ujęciu daje ubezpieczonym lepsze wyniki finansowe, niż ubezpieczenie, skonstruowane w projekcie rządowym z roku 1927?

Dla dokładniejszego porównania systemu Izby z systemem rządowym wyobraźmy sobie fikcyjną konstrukcję ubezpieczeniową, opartą dokładnie na zasadach projektu rządowego z roku 1927, ale z innym wymiarem świadczeń. Wyobraźmy sobie, że w tym fikcyjnym systemie przewidziane są ekspektatywy, pokrywające się dokładnie z ekspektatywami, które przewiduje projekt Izby. Załóżmy zatem, że ubezpieczony będzie miał zapewniony pewien procent „renty zasadniczej", zależny od ilości lat składkowych — i oprócz tego kapitał w wysokości, uzależnionej również od lat składkowych, zgodnie z normami, które projekt Izby ustala.

Otóż, gdyby system fikcyjny, o którym mowa, oparty był na składce, przewidzianej w projekcie Izby, t. zn. na składce netto 5,14% płacy, to powstające świadczenia miałyby z nadwyżką pełne pokrycie kapitałowe i jeszcze z nadwyżek zbierałby się fundusz rezerwowy, choć sama wartość świadczeń, uzyskiwanych przez ubezpieczonych, byłaby nie mniejsza, a identyczna z świadczeniami, przewidzianemi w systemie Izby. Wynika stąd, że w systemie ubezpieczeniowym, opartym na wytycznych projektu rządowego i na normach świadczeniowych, ustalonych przez projekt Izby, możnaby było zejść z składką poniżej 5,14% płacy (przy kapitałowem pokrywaniu powstających zobowiązań), t. zn. system ten dopuszczałby stosowanie obciążenia, leżącego niżej poziomu składki w projekcie Izby.

A zatem, także w odniesieniu do ubezpieczenia długoterminowego, orzec można stanowczo, że system Izby nie daje lepszych wyników finansowych, niż projekt rządowy.

Racje finansowe nie przeważają tedy szali na korzyść projektu Izby. Czy jednak istnieją inne argumenty, które za nim przemawiają?

V.

W zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby autorzy projektu podkreślają możliwość podniesienia t. zw. moralności ubezpieczeniowej. Liczą na to, że osobiste konta przymusowe staną się czynnikiem osłabienia nacisku, wywieranego przez ubezpieczonych o zasiłki pieniężne. Poczucie własności funduszów oszczędnościowych, twierdzą, zahamuje zbytnią pochopność ubezpieczonych do uszczuplania kont osobistych.

Argumentacji tej nie można przyznać słuszności. Wszak podjęcie zasiłku z konta oszczędnościowego nie oznacza jeszcze — samo przez się — zmniejszenia stanu posiadania właściciela konta. Daje zaś ubezpieczonemu korzyść, polegającą na możności swobodnego dysponowania wycofaną częścią oszczędności.

Decydujące znaczenie ma tu jednak fakt, że główną — jeśli nie jedyną — przyczyną, powodującą zjawisko nacisku o zasiłki jest dążność ubezpieczo-

nych do zdobycia środków na pokrycie niezbędnych potrzeb konsumcyjnych, niedostatecznie zaspakajanych i dlatego silnie odczuwanych. W dobie obecnej lwia część nadużyć ubezpieczeniowych powstaje przecież pod naciskiem nędzy, — w tych oczywiście wypadkach, w których ubezpieczonemu „opłaca się" brać zaświadczenia niezdolności do pracy, wzgl. chorobę przedłużać. Do osiągnięcia doraźnych korzyści zmierzają również t. zw. nałogowe, „zawodowe" nadużycia, które powstają na gruncie etycznej pauperyzacji społeczeństwa [14]).

Nie wydaje się zatem, aby system kont oszczędnościowych był środkiem obronnym przeciw przestępczości, czy niesumienności, zmierzającej do bezprawnego wydobywania z kas zasiłków pieniężnych, tembardziej, że istnieje uzasadniona obawa, iż perspektywa korzystania — po wyczerpaniu konta osobistego — z funduszu wspólnego (organicznie związanego z systemem kont przymusowych) będzie dla ubezpieczonego pokusą do możliwie wydatnego wycofywania oszczędności z konta osobistego.

Natomiast zupełnie nieobjęte zasięgiem ochronnego wpływu, przypisywanego przez autorów projektu kontom przymusowym, byłyby nadużycia, zmierzające do uzyskania świadczeń rzeczowych, w pierwszym rzędzie lekarstw i środków pomocniczo - lekarskich, które stanowią także przedmiot pożądania ubezpieczonych, ze względu na wartość pieniężną, jaką przedstawiają. Pęd ku tym nadużyciom istnieje przedewszystkiem w kołach osób, pozbawionych uprawnień do zasiłków chorobowych (członkowie rodzin ubezpieczonych) i stanowi jedną z głównych bolączek budżetowych kas.

Lepsze usługi w walce z demoralizacją ubezpieczonych zapowiada odpowiednio wzmocniona kontrola systemu udzielania świadczeń i uprawnień osób leczonych, w pierwszej zaś linji system opłat za lekarstwa, przewidziany zresztą w pewnym zakresie przez projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. System ten — jak uczą doświadczenia poczynione w Niemczech [15]) — stanowić może bądź co bądź skuteczny środek obrony przeciw marnotrawstwu i symulacji ubezpieczonych, pomimo zastrzeżeń i wątpliwości, które pod niektóremi względami niewątpliwie nasuwa [16]).

Każde ubezpieczenie walczy z ludzkim egoizmem i niemoralnością. „Die Geschichte des Versicherungsbetruges" — powiada Manes — „ist so alt, wie die Geschichte der Versicherung selbst". Nietyle niedoskonałości

---

[14]) Pomysłowość ubezpieczonych w wynajdywaniu różnych dróg i sposobów wyzyskiwania kas jest iście zdumiewająca. W każdem mieście, a nawet miasteczku istnieją specjalne „biura porad", które za pewną opłatą udzielają rady, jak wyłudzać świadczenia chorobowe, a w razie potrzeby dostarczają chorego w rzeczywistości substytuta. Por. dr. A. Zarewicz, Organizacja i technika pracy w okręgowych kasach chorych. Wiadomości Kas Chorych, zeszyt 18 z 15 września 1931, str. 2057.

[15]) Opłata za lekarzy i lekarstwa (Krankenscheingebühr, Verordnungsgebühr), wprowadzona w Niemczech t. zw. pierwszą „Notverordnung", wywołała niepokojący objaw spadku liczby porad lekarskich, udzielonych przez kasy. Spadek ten wywołany był zmniejszeniem się frekwencji nietylko jednostek, u których nie zachodziła uzasadniona potrzeba pomocy lekarskiej, ale także i rzeczywiście chorych, których opłata odstraszyła. W następstwie tego okazała się konieczność złagodzenia pierwotnych przepisów, co nastąpiło w t. zw. drugiej „Notverordnung". Por. H. Dersch: Die Änderungen der deutschen Sozialversicherung durch die Notverordnungen 1930/31. Zeitschr. für die gesamte Versich. — Wiss., zeszyt 3 z roku 1931.

[16]) Chodzi tu o obawę, że środki, wymierzone przeciw absorbowaniu kas wypadkami nieusprawiedliwionemi, odstraszą jednostki rzeczywiście chore, zwłaszcza w wypadkach drobnych cierpień, co może mieć groźne następstwa dla higjeny społecznej, gdyż np. pierwsze stadja gruźlicy lub raka występują — często — w postaci drobnych zasłabnięć.

organizacyjno - techniczne tu winne, ile ułomność charakteru ludzkiego. Społeczne urządzenia mogą wtedy tylko sprawnie działać, gdy koła zainteresowane przejmą się poczuciem socjalnej odpowiedzialności, a do tego celu wiedzie droga tylko przez wychowanie, oddziaływujące odpowiednio na myśli i wolę jednostek.

System kont oszczędnościowych, w zakresie ubezpieczenia krótkoterminowego, ma także dalej idące cele: chce korzystnie wpłynąć na rozwój oszczędności społecznej.

W jaki sposób mogłyby powstawać oszczędności dodatkowe na kontach przymusowych? Powstawaćby mogły w drodze zupełnego, lub częściowego rezygnowania ubezpieczonych z zasiłków pieniężnych, przysługujących im w czasie choroby.

Należy sobie uświadomić rzeczywistość. Zasiłki pieniężne nie dostarczają ubezpieczonym dodatkowych środków utrzymania [17]), lecz zastępują — i to tylko częściowo — utratę zarobku, który pokrywa im naogół zaledwie niezbędne potrzeby życiowe. W tych warunkach wątpliwą wydaje się rzeczą, aby pracownik miał wogóle możność zrzekania się pomocy zasiłkowej.

Gdyby możność zaspakajania potrzeb doraźnych innemi środkami, a więc możność niewykorzystywania, lub częściowego wykorzystywania pomocy zasiłkowej nawet istniała — dato, sed non concesso, — trudno byłoby się spodziewać, że system nierozporządzalnych kont, poddany przymusowi i ograniczeniom, wynikającym z konieczności dozoru i ochrony urządzeń społecznych, będzie dostarczał elementów, zachęcających ogół do pozostawiania na kontach sum zwolnionych, t. zn. do tworzenia form dobrowolnej oszczędności.

Tak, czy inaczej — złą wróżbą dla systemu Izby jest charakterystyczny fakt, że ubezpieczalnie prywatne, dające ubezpieczonym niewątpliwe ułatwienia, o których w ubezpieczeniach społecznych mowy być nie może, (redukcja polisy, pożyczki pod zastaw praw z ubezpieczenia, prawo rozporządzania roszczeniem z ubezpieczenia i t. d.) napotykają na niechęć i na niski poziom uświadomienia ekonomicznego nawet najwyższych warstw [18]). Czyż można wobec tego liczyć na przychylniejsze przyjmowanie przez społeczeństwo przymusowych urządzeń oszczędnościowo-ubezpieczeniowych?

Żaden przymus nie odbuduje uświadomienia o konieczności odkładania na czarną godzinę. Istniejące zło wymaga stosowania środków wychowawczych. Ale to nie wystarczy. Także i środki wychowawcze — same z siebie — nie wywołają zjawiska odradzania się zmysłu oszczędności, jeśli nie będzię istniała możność oszczędzania, która zależy od czynników objektywnych.

Autorzy projektu podnoszą wreszcie argument ogólno - gospodarczej korzyści, polegającej na możności zorganizowania przy pomocy oszczędności przymusowych — wewnętrznego rynku pieniężnego.

Do naprawy rynku pieniężnego przy pomocy rezerw ubezpieczalń nie trzeba wcale uciekania się aż do zmian podstaw tradycyjnych ustroju ubezpieczeniowego. System Izby — jak wyżej wykazałem — nie prowadziłby

[17]) Na tem stanowisku staje wyraźnie ustawodawstwo obowiązujące. Tak np. art. 19 Rozporządzenia z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych stanowi, że w razie choroby pracodawca może z wynagrodzenia strącać te kwoty, jakie pracownik otrzyma w gotówce z tytułu ubezpieczenia prawnopublicznego.

[18]) Por. Przegląd Ubezpieczeniowy, zeszyt 4 z roku 1931, str. 9.

zresztą do kapitalizacji, zwiększonej w stosunku do wyników systemu rządowego. Prawda, że polskie ubezpieczalnie, rozporządzające nadwyżkami kapitałowemi dopiero od niedawna, nie nabrały jeszcze dostatecznej wprawy w zakresie działalności lokacyjnej, jednak doniosłe zadania, jakie one w życiu gospodarczem spełnić mają, wykonalne są w drodze odpowiedniego nastawienia i regulowania polityki lokacyjnej nawet w ramach obecnego ustroju ubezpieczeniowego.

Uwagi powyższe wyczerpują niemal całkowicie kwestję oceny dalszych, poza argumentem finansowym leżących momentów, któremi Izba broni koncepcji oszczędności przymusowej. Z tego, co powiedziałem, wynika dość jasno, sądzę, iż projekt Izby stanowi systemat teoretyczny, który w praktycznem zastosowaniu nie okazałby tej wartości życiowej, jaką mu autorzy przypisują.

VI.

Chciałbym uwypuklić temat bliższem wniknięciem teoretycznem w istotę systemu Izby.

System ten wychodzi z założeń prawa prywatnego. Przyznaje ubezpieczonemu tytuł własności funduszów, zbieranych z składek ubezpieczeniowych (poza pewnemi częściami tych składek, przeznaczonemi na tworzenie funduszów wspólnych) z prawem dysponowania tą własnością w granicach, zakreślonych przepisami ustawy. W przeciwieństwie do tego, tradycyjne systemy ubezpieczeniowe, — a również rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem, — przewidują, w zakresie świadczeń długoterminowych, rentę i możność skapitalizowania renty, zgodnie z tezami, uchwalonemi na VII Konferencji Pracy, ale tylko możność, bo zajść może sytuacja, że wypłata kapitału nie będzie pożądana. W pewnych zresztą wypadkach przewiduje projekt rządowy także skapitalizowanie renty z urzędu.

Z obu wymienionych sposobów unormowania ubezpieczeń słuszniejszym i bardziej celowym wydaje się ten ostatni.

Niedostateczne naogół przygotowanie gospodarcze i brak praktycznych doświadczeń, wystawiają bowiem ubezpieczonego na niebezpieczeństwo niecelowego użycia i straty kapitału ubezpieczeniowego. W konsekwencji tego powstaje obawa, że dana jednostka mogłaby stać się ciężarem gminy, zobowiązanej do zaopatrzenia tej jednostki w razie ubóstwa. Na to ustawa nie może być obojętna.

Ubezpieczenia społeczne leżą w sferze urządzeń publiczno-prawnych, wprowadzonych z uwagi na interes państwowy. Otóż interes państwa wymaga, aby cele instytucji ubezpieczenia społecznego, która nakłada ciężary na całe gospodarstwo społeczne, zabezpieczone zostały w sposób troskliwy i skuteczny — i wzgląd ten musi przeważyć interesy prywatno-gospodarcze ubezpieczonych. Zaopatrywanie ubezpieczonych w rentę (i kapitalizowanie renty w pewnych tylko wypadkach) jest zatem wynikiem słusznego przeświadczenia o konieczności wyjęcia masy majątkowej z pod dowolności ubezpieczonych i ustawowego uzależnienia jej wypłaty od okoliczności i warunków, dających gwarancję celowego użycia kapitałów. O słuszności takiego uregulowania rzeczy wątpić niepodobna.

Już z tych tylko względów transplantacja koncepcji oszczędności na teren ubezpieczeń społecznych musi nasuwać wątpliwości zasadnicze.

Istotnem dla systemu Izby jest podważenie uświęconej w teorji i praktyce ubezpieczeń społecznych — zasady solidarności, dającej ubezpieczonemu społeczne prawo do żądania zaopatrzenia od reszty ubezpieczonych i przyznającej mu z biegiem czasu wzrost uprawnień, z tytułu społecznego (ale nie na podstawie dłuższego opłacania składek, bo te pokrywały tylko ryzyko bieżące).

Wynikiem operowania pojęciem własności prywatnej, które zostaje przyjęte w miejsce idei prawa społecznego do wsparcia w razie potrzeby, są tendencje systemu, nacechowane dążnością do szczodrego zaopatrzenia ubezpieczonego w kapitał. Pomijam w tej chwili konieczność okupienia tego celu zwiększeniem obciążeń na rzecz ubezpieczeń, o czem była dokładnie mowa. Chodzi mi w tej chwili tylko o cel sam w sobie.

Projekt pragnie „dać pracownikowi znakomite wyniki finansowe w postaci wysokiego kapitału oszczędnościowego“[19]). Przyświeca mu myśl podniesienia ubezpieczonych „na nowy, wyższy poziom gospodarczy, do czego droga dziś jest im zamknięta“[20]). Autorzy widzą jedną z doniosłych cech nowego systemu w tem, że ma on „wyzwolić, usamodzielnić gospodarczo“ pracownika, „dać mu możność urządzenia sobie na starość odpowiednich warunków, względnie wyposażenia rodziny, stworzenia warsztatu pracy synowi, lub t. p.“[20]).

Cele te są piękne, ale przekraczają daleko zadania i zasięg instytucji ubezpieczenia społecznego. Zadaniem ubezpieczeń społecznych nie jest wzbogacenie ubezpieczonych. Nie jest nawet indemnizacja, lecz tylko łagodzenie, zmniejszenie szkód, powstałych wskutek uszkodzenia zdrowia lub spadku, albo ustania zdolności zarobkowej. Instytucja ubezpieczenia społecznego zbliżona jest w charakterze swoim do instytucji dobroczynności publicznej. Obie wynikają z prawa człowieka do egzystencji i mają za zadanie nie dopuścić do tego, aby jednostka z braku środków zginęła.

Dlatego też teoretycy i praktycy zgodni są w tem, że ubezpieczenia społeczne winny zapewnić jednostce minimalne tylko świadczenia, z pewnem przystosowaniem pomocy do potrzeb indywidualnych. „Die Sozialversicherung„, mówi Manes, „kann und soll immer nur minimale Leistungen bieten“. Kwestja natomiast rozszerzenia opieki ubezpieczeniowej poza minimum winna być pozostawiona zapobiegliwości jednostki.

Ubezpieczenie społeczne, jak je autorzy projektu pojmują, t. zn. ubezpieczenie, stawiające sobie za cel wytworzenie stanu zamożności, przestaje być wyrazem słusznej i niewątpliwie koniecznej troski czynnika publicznego o ochronę egzystencji warstwy pracującej, a nabiera cech ingerencji w stosunki, które powinny być zostawione inicjatywie i wysiłkowi jednostek. Nie mogę odmówić sobie przytoczenia faktu, że pierwszy kongres Izb Przemysłowo-Handlowych, który jednomyślnie przyjął rezolucję, zalecającą oparcie ubezpieczeń społecznych na koncepcjach Izby Sosnowieckiej, wystosował pod adresem Rządu, przez usta jednego z czołowych przedstawicieli życia gospodarczego następujący apel: „niechże więc państwo ulepszy zakres swych niezbędnych czynności, lecz niech jednocześnie ograniczy zasięg swych funkcyj i swej ingerencji do życia prywatno-gospodarczego“.

---

[19]) J. Braun, l. c. str. 26.
[20]) J. Braun, l. c. str. 56.

VII.

Koncepcję oszczędności przymusowej zapożycza projekt od G. Hartza [21]), wojującego syndykalisty niemieckiego, którego idee nie są poważnie traktowane w kołach niemieckich ekonomistów i lekarzy. Prof. Manes, jeden z wybitnych znawców ubezpieczeń, kończy recenzję swoją o publikacji Hartza następującą uwagą: „Es genügt wohl an dieser Stelle die Registrierung der Ansichten des Verfassers. Ein Wort der Kritik hinzuzufügen dürfte sich wohl erübrigen“ [22]).

Prof. W. Zimmermann stawia koncepcji Hartza następujący zarzut. „Die konkreten Konstruktionsfehler des Hartzschen Systems sind aber bedeutungslos gegenüber dem Grundfehler der Zerschlagung einer leistungsfähigen, vorbeugend wirkenden Sozialversicherung, deren grosse Leitidee: umfassende solidarische Hilfsgemeinschaft aller Arbeiter und Arbeitgeber zum zeitlichen und persönlichen Risikoausgleich, der Verfasser doch zu gering einschätzt. Hartz will zuviel: Revolution, statt Reformation des Versicherungssystems” [23]). Zarzuty te — mutatis mutandis — odnieść można także do systemu Izby.

Również koncepcja połączenia w ubezpieczeniach społecznych — zasady przymusowej oszczędności z zasadą częściowego ubezpieczenia nie jest własną ideą Izby Sosnowieckiej. Koncepcja ta wysunięta została po raz pierwszy — zdaje się — przez lekarza alzackiego P. Specklin'a [24]). System Specklin'a obejmuje całe ubezpieczenie na wypadek choroby, a więc dział zasiłkowy i leczniczy. Specklin przewiduje — w odróżnieniu od projektu Izby, który pomija zupełnie kwestję funduszu ogólnego w zakresie ubezpieczenia krótkoterminowego — fundusz solidarny (fonds de solidárité), zasilany stawką w wysokości 1% płacy, wykalkulowaną na podstawie danych cyfrowych kas alzackich. Składkę oszczędnościową ustala Specklin w wysokości 8%, tak że łączna składka wynosiłaby 9%.

---

[21]) G. Hartz: Irrwege der deutschen Sozlialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit, Berlin 1928.

Por. także następujące artykuły i publikacje:

G. Hartz: Eigentum oder Rente? Berlin 1930.

G. Hartz: Sozialsparkassen statt Sozialversicherung? Mitteil. d. Ges. f. deutsche Wirtschafts — u. Sozialpolitik 4, 9, 1 — 3 z roku 1930.

W. Baeumer: Die Krankenversich. jetzt ein Fluch, umgestaltet ein Segen für das Volk. Monachjum, 1930.

E. Liek: Die Schäden der sozialen Versicherung und Wege zur Besserung, Monachjum 1928.

A. Erkelenz: Moderne Sozialpolitik, Berlin 1926.

L. Bernhard: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik, Berlin 1912.

[22]) Zeitschr. f. die ges. Versich.-Wiss., Berlin, zeszyt 2 z 1 kwietnia 1929 r.

[23]) Weltwirtschaftliches Archiv, tom 34, zeszyt 2 z roku 1931, str. 260.

[24]) P. Specklin: Considérations critiques sur les assurances sociales. Une solution nouvelle; L'épargne individuelle obligatoire, Paryż 1929. O ile jednak chodzi o ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, to istnieją jeszcze wcześniejsze projekty, propagujące oparcie tego działu ubezpieczeń na zasadzie oszczędności przymusowej i na idei pokrywania deficytów indywidualnych środkami, czerpanemi z funduszu wspólnego, (Gemeinschaftsvermögen). Por. E. Gruner, Die Arbeitslosenversicherung auf der Grundlage des Sparzwanges, Veröffentlichungen d. Deutsch. Vereins f. Versicher. — Wissenschaft, Heft 28, Berlin 1918. Por. także przedwojenne prace G. Schanza i N. Wassilieffa, cytowane w publikacji Grunera.

Nadmienić wypada, że w Charleroi powołana została do życia kasa, oparta na systemie kont oszczędnościowych, oraz na zasadzie solidarnej pomocy, użyczanej przez ogół ubezpieczonych, dla pokrywania niedoborów indywidualnych na kontach, z których ubezpieczeni czerpią wydatki na leczenie i lekarstwa.

Projekt połączenia w ubezpieczeniu chorobowem koncepcji oszczędności z ubezpieczeniem częściowem dyskutowany był także w kołach praktyków niemieckich. Pięćdziesiąty zjazd lekarzy niemieckich w Kolonji uchwalił rezolucję, podkreślającą krótko i trafnie błędy konstrukcyjne tego projektu,— błędy, w które popada system Izby. Sprawozdanie C. Haedenkamp'a z zjazdu tego streszcza powziętą rezolucję w następujący sposób: „Desgleichen wurde der Gedanke einer Verbindung des jetzigen Versicherungssystems mit dem Spargedanken verworfen, da auch diese Systemänderung ausserordentlich hohe Kosten verursachen und ausserdem wegen Führung von Millionen von einzelnen Konten eine ungeheuere Verwaltungsarbeit verursachen würde. Uberdies sei das Ergebnis des erzwungenen Sparens in den meisten Fällen so gering, dass hierdurch ein Anreiz zur pfleglichen Benutzung der Versicherungseinrichtungen nicht gegeben sein würde" [25]).

Reasumując powyższe uwagi, pragnę stwierdzić w ostatecznej konkluzji, że system Izby nie spełnia zamierzonych przez siebie zadań i nie daje tych korzyści, które obiecują sobie autorzy projektu. Nie wytrzymuje przedewszystkiem konfrontacji z projektem rządowym.

Prof. L. Richter słusznie zwraca uwagę na potrzebę pewnego konserwatyzmu w zakresie ubezpieczeń społecznych, już istniejących. „Der Vorsicht", zauważa, „mit der soziale Fragen behandelt werden müssen, entspricht es vielmehr auf dem Boden des geschichtlich Gewordenen weiterzubauen und nur Fehlerquellen zu beseitigen und unerwünschte Nebenwirkungen zu verhindern". Dlatego też nie projekt Izby, lecz wytknięta przez Rząd linja reformy posiada cechy słusznej i celowej drogi, po której należałoby iść, aby ulepszyć ustrój ubezpieczeń społecznych.

Dr. Jan Kroo.

SOCJALNA DZIAŁALNOŚĆ UBEZPIECZEŃ PRYWATNYCH.

Głównym moim celem tu byłoby przedstawienie pewnych wyczynów ubezpieczenia prywatnego, które tylko po części, albo tylko pośrednio, albo też wcale nie były obliczone na zysk. Zanim przedstawię i zanalizuję w jakim stopniu i w jaki sposób mogą z tego nauki praktyczne dla nas wyniknąć, chciałbym poczynić kilka uwag co do punktu widzenia na te sprawy, czyli kilka słów o socjologji ubezpieczenia. Ściśle określić domenę prywatnego ubezpieczenia w przeciwieństwie do socjalnego lub publicznego jest dość trudno, chyba że niemożliwe. Naogół będę rozumiał, idąc śladem autoryta-

---

[25]) C. Haedenkamp. Soziale Praxis, Zentralblatt f. Sozialpol. u. Wohlfahrtspflege. Zeszyt 28 z roku 1931, str. 938.

tywnych ekonomistów, pod prywatnem ubezpieczeniem, ubezpieczenie nieprzymusowe, albo też takie instytucje, których założenie i prowadzenie zawdzięczyć należy inicjatywie prywatnej, bez aktywnej ingerencji państwa.

Prymitywna walka o byt zasadza się na zaspakajaniu bezpośrednich potrzeb cielesnych. Pierwszym krokiem wybiegającym ponad ten cel jest z jednej strony przezorność w zapewnieniu sobie potrzebnych środków na bliższą i dalszą przyszłość, oraz świadoma walka ze zjawiskami przyrody, które robią życie, zwłaszcza prymitywne, niepewnem i dalej walka z negatywnemi skutkami tych zjawisk żywiołowych. Każda czynność zbiorowa, mająca takie zadanie walki ze zjawiskami przyrody, lub życia społecznego, zgubnemi lub szkodliwemi dla jednostki, lub grup jednostek, będzie czynnością ubezpieczeniową. Ilustracją tej myśli jest niesłychanie ważka praca socjologiczna Kropotkina o wzajemnej pomocy wśród społeczeństw zwierzęcych i ludzkich, jako o najpotężniejszym motorze bytu. Jest to przeciwstawienie się darwinowskiej teorji o wzajemnej walce o byt. To przeprowadzenie dowodu o wszechpotędze wzajemnej pomocy jako zasadniczego czynnika zachowania bytu jednostki gatunku i rasy, może być nazwane ewangelją ubezpieczenia. Chaufton w swojem podstawowem dziele definjuje: podstawą ubezpieczenia jest chęć przeciwdziałania szkodom losowym przez wzajemność na podstawach statystyki. Ta wzajemność może być świadoma lub nieświadoma. Ubezpieczenia bez podstaw statystycznych stają się spekulacją. W podobny sposób ujmuje sprawę Swen Palme. Ubezpieczenie jest kupiecką działalnością, oparte na nauce i ma na celu zadanie społeczne. Chciałbym dziś o tem mówić, jak te trzy wymagania w praktycznem życiu ze sobą harmonizują, jak łagodzi się kolizja między niemi zachodząca. Z powyższego wynika, że ubezpieczenie bez celów społecznych wogóle nie ma racji i możności istnienia. Oprócz cytowanego wybitnego praktyka Palme także i przodujący praktyk Bischof stawia kwestje te ostro: nie ze względu idealistycznej natury lecz jako trzeźwy praktyk, jest ubezpieczający zmuszony zajmować się kwestjami socjalnemi i koniecznem jest, zarówno w wyszkoleniu, jak i życiu praktycznem połączenie techniki rachunków z wyszkolonym sądem o sprawach socjalnych.

Z innych definicyj zacytuję filozofa Ludwika Steina, a mianowicie: typ stanu naturalnego — swoboda bez pewności. Typ stanu kulturalnego — pewność na podstawie wzajemności. Schmoler pisze, że ubezpieczenie ma stronę egoistyczną, prywatno-prawną i ogólnie ludzką i społeczno-gospodarczą. Pierwsza pociąga ludzi interesu, ostatnia — polityka socjalnego.

Wreszcie ujęcie przez p. Zwiedinek: ubezpieczenie jest zainteresowaniem ogółu w trwałości ekonomicznego istnienia jednostek. Ubezpieczenie prywatne wychowuje poczucie odpowiedzialności własnej, ubezpieczenie publiczne jest dopełnieniem prywatnego.

Inaczej zapatruje się jeden z przodujących fachowców holenderskich Schevihaven; twierdzi on: na skutek popularyzacji idei ubezpieczenia szerokie koła ludności zaczęły żądać dla siebie dobrodziejstw ubezpieczenia, lecz bez zapłaty i ofiar ze swej strony. Taką jest według niego geneza ubezpieczeń socjalnych, które nie są ubezpieczeniami, lecz zapomogą społeczną. Moralne prawa i obowiązki zostały zmienione na formalno-prawne. Inni autorzy natomiast wskazują jako jedną z najpoważniejszych zasług ubezpieczenia prywatnego, stworzenie podstaw dla ubezpieczeń socjalnych. Jednak trudno

odmówić sporej dozy racji Schevihavenowi, gdy ten twierdzi, że ubezpieczenia przymusowe, nie zmuszane są do liczenia się i często nie liczą się z wymaganiami wiedzy.

Przechodzę do działów, względnie działań w poszczególnych dziedzinach. W dziale ubezpieczeń od ognia organizacja wzajemności spotyka się najwcześniej. Tutaj oprócz zadań i celów bezpośrednich społeczną zasługą ubezpieczenia jest z jednej strony profilaktyka strat w tej formie, iż towarzystwa organizują i subwencjonują straże ogniowe, z drugiej zaś strony, przez odpowiednią politykę propagandową przyzwyczajają społeczeństwo do środków ochronnych i do używania materjałów jaknajbardziej celowych. Zwłaszcza w tej ostatniej dziedzinie przodują Stany Zjednoczone, które utrzymują olbrzymie i kosztowne laboratorja techniczne, dostępne dla użytku ubezpieczonych, mające na celu zapoznawać i wybierać materjały na najodpowiedniejsze pod względem ogniotrwałości. Pozatem daleko idące prace statystyczne umożliwiły organizowanie instytucyj ubezpieczeń publicznych od ognia. U nas stosunki sa tego rodzaju, że o daleko idącej ogólno-społecznej działalności towarzystw ubezpieczeń od ognia i o możliwości rozwoju w tym kierunku, można mówić li tylko z poważnem zastrzeżeniem. Jakieśmy wyżej widzieli, zasadniczem moralnem zadaniem towarzystw prywatnych jest wychowanie społeczeństwa do samopomocy. W tym dziale ubezpieczeń mamy nietylko przymus ubezpieczenia, co jest chyba koniecznością w naszych warunkach, lecz instytucję przymusowych ubezpieczeń, co jest zupełną rzadkością. Dla towarzystw zostaje jako pole działania tylko przemysł i wytwory przemysłowe. Tutaj wychowanie do ubezpieczenia załatwia gruntowniej kredytodawca. Ten stan rzeczy ma dalsze skutki ujemne, a mianowicie: wykonywanie dalszych zadań rozwoju rodzajów ubezpieczenia opiera się na fundamencie dobrego rozwoju gałęzi ubezpieczenia od ognia, jako zasadniczo na jednem z najsilniejszych. Wynika z tego, że towarzystwa nasze będą odpowiednio słabsze i w innych dziedzinach ubezpieczenia. Można powiedzieć bez ironji: poważną zasługą społeczną ubezpieczenia ogniowego u nas było pośrednictwo w odbudowie naszego przemysłu po wojnie przez zagraniczny kapitał ubezpieczeniowy.

Przechodzę do ubezpieczeń życiowych. Tu starałem się zrobić zestawienie, którego nigdy w literaturze nie spotkałem, a które wydaje mi się byłoby nadzwyczajnie pouczającem, a mianowicie, chciałbym uprzytomnić wzajemny stosunek ważkości między trzema czynnikami życia ekonomicznego, t. j. sumą i tempem czystej oszczędności, dalej ubezpieczeń prywatnych, (osobowych, względnie życiowych) oraz ubezpieczeniami socjalnemi. Pewne wyniki tej pracy pozwolę sobie przytoczyć. Trudności jej są bardzo poważne. Mimo znacznych kosztów i wysiłków rezultat otrzymany przezemnie tylko z dużą dozą pobłażliwości może być nazwany zadawalniającym. W literaturze znalazłem na ten temat zaledwie krótkie wzmianki. Więc naprz. Manes przytacza cyfry niemieckie za rok 1914 i 1926, jako cyfrę składek ubezpieczenia prywatnego i publicznego razem 6 miljardów rocznie, z czego w r. 1914 było półtora miljona na ubezpieczenie socjalne, a dwa i pół mil. ubezpieczeń prywatnych, zaś w r. 1926 stosunek był odwrotny. Następnie znalazłem w pewnej pracy amerykańskiej porównanie między wzrostem oszczędności, a liczbą polis ludowych między rokiem 1900 a 1925, a więc oszczędność wzrosła o 270%, zaś liczba polis ludowych — o 558%. Oto kilka cyfr z przygotowanych tablic.

Liczby oznaczają miljony jednostki monetarnej danego kraju

	Stan oszczędn.	Rezerwy ub. życiow.	Zb. premji ub. życiow.	Zb. premji ub. socjaln.	Stan oszczędn.	Rezerwy ub. życiowych (udział własny)	Rezerwy ub. życiowych (ogółem (skontruow.))	Zb premji ub. życiow.	Zb. premji ub socjaln.
	ANGLJA				POLSKA				
1924		712,0	101,0	91,9		1,3	2,4	3,5	87,1
1925		753,0	111,0	92,6	595,5	3,7	5,9	8,9	212,2
1926		806,5	110,8	82,9	1'219,2	7,3	13,6	12,7	235,2
1927		857,1	119,2	73,4	1'899,7	13,9	24,0	21,7	312,4
1928			129,0	83,0	2'555,6	23,8	41,8	37,5	
	FRANCJA				WŁOCHY				
1924	3'419,0	4'681,5	1'076,9	176,5	21'836,8	1'352,1		280,5	509,9
1925	3'804,4	5'215,6	1'173,0	194,4	23'384,7	1'575,0		353,5	588,4
1926	4'128,8	5'832,1		234,2	23'633,3			457,6	635,3
1927	6'281,7	6'455,7			24'111,7	2'638,0		525,5	680,1
1928	8'420,0				26'452,3				750,0
	NIEMCY				SZWAJCARJA				
1924					3'266,3			104,9	82,9
1925	1'699,2	601,9	280,6	2'547,1	3'409,8			130,7	85,4
1926	3'201,4	1'007,3	401,9	2'933,7					
1927	4'697,8	778,6	501,5	4'200,6	3'654,8			135,8	86,4
1928	6'987,7			4'849,8	3'873,4				

Ze splotu zagadnień chciałbym obecnie zatrzymać się nad 4-ma tylko dziedzinami działalności prywatnych ubezpieczeń. Pierwsza kwestja, którą podniosę, jest obecnie u nas aktualna.

AKCJA BUDOWLANA.

W Niemczech w r. 1913 towarzystwa ubezpieczeń posiadały wierzytelności hipotecznych 4 i pół miljarda. Listów hipotecznych zastawnych było li tylko 2 razy więcej. W 1927 r. towarzystwa udzieliły pół miljarda na pożyczki hipoteczne, 61% swych aktywów. Ile w tem poszło na nową budowę ustalić się nie daje. W akcji w kierunku budownictwa nowych domów towarzystwa ubezpieczeń napotkały trudności dwojakiego rodzaju. Budowanie bezpośrednie, lub przy bezpośredniej kontroli nie jest wskazane lub możliwe z powodu trudności technicznych i obcości tej dziedziny. Z drugiej strony pomaganie akcji budowlanej przez zakupy papierów hipotecznych powodowało straty kursowe, bilansowe i zbytnie obciążenie podatkowe.

Zwykłą formą budowania za pomocą ubezpieczenia, zwłaszcza w Anglji i Belgji, było udzielanie pożyczki przy jednoczesnem zawarciu ubezpieczenia, które służyło na amortyzację długu. Wadą tego systemu jest budowa domów jednorodzinnych, a więc drogich i wymaganie fizycznej zdolności do ubezpieczenia się. Osobliwym jest pewny plan niemiecki, wykonany w sposób

następujący: założone zostało Towarzystwo Akcyjne Reichsheim, (przez związek Stowarzyszeń Budowlanych dwa banki i 11 towarzystw ubezpieczeniowych).

Wszyscy lokatorzy danego objektu stanowią jednolitą grupę wspólnie ubezpieczonych. Rezerwa służy każdorazowo jako pokrycie długu, które to pokrycie jest z początku słabsze, niż przy bankowej, lub normalnie hipotecznej amortyzacji, po jakich 10 latach zrównywuje się z takowym i następnie przerasta! Składki bez udziału w zyskach są liczone przy podstawie rachunkowej 4, 5, rezerwy są dawane na 5%-wą pożyczkę spółdzielni budowlanej. Onaż otrzymuje kapitały zapadłe na skutek śmierci. Spółdzielnia zyskuje progresywnie zamianę drogiej pożyczki na 5%-wą. Analogiczny system zaprowadziły publiczne towarzystwa ubezpieczeń, t. zw. prowincjonalne. Widzimy tu jaskrawy przykład zmiany oszczędzania przez ubezpieczenie.

Jednakowoż koła ubezpieczeniowe wzywają do ostrożności i niezapominania przez towarzystwa głównych swych zadań i celów.

Również ciekawe jest połączenie ubezpieczeń socjalnych i prywatnych.

Nadreński Zakład Krajowy zawarł umowę na udzielanie pożyczek budowlanych swym ubezpieczonym na podstawie polis prywatnych towarzystw, które to polisy opiewały na mieszane ubezpieczenie z terminem od 25 do 30 lat, ze zwolnieniem i rentą na wypadek inwalidztwa.

I u nas widzimy pewne zaczątki akcji podobnej. Jedno z towarzystw udzieliło, względnie dało obietnicę udzielenia większej pożyczki hipotecznej, przyczem żądało polis ubezpieczeniowych swojej instytucji, znajdującej się w kraju, w kilkakrotnej wysokości udzielonej pożyczki. Aczkolwiek warunki przy obecnym stanie rynku należy uważać za dogodne, to jednakowoż ja osobiście, który również tą sprawą się interesowałem, doszedłem do przekonania, iż w tej formie ubezpieczenie nie jest dogodne dla towarzystwa, zwłaszcza ze względu na wysokie koszta pośrednictwa z jednej strony, z drugiej zaś strony, mimo dogodnych kosztów w porównaniu z cenami pieniądza na rynku, nie potrafiłem wyzbyć się obawy, iż koszta te są zbyt ciężkie dla ubezpieczonych, by je mogli wytrzymać na dłuższą metę. Wydaje mi się jednakowoż dość pewnem, iż w tym kierunku pewne posunięcia nastąpią, aczkolwiek nie przypuszczam, żeby towarzystwa same, względnie czynniki za niemi stojące, były w stanie pokonać trudności, wynikające przy akcji budowlanej z powodu niskiej na ogół stopy życiowej potrzebujących mieszkań, a wysoką stopą procentową pieniądza.

Amerykańska akcja w tym kierunku przy tak niskiej stopie pieniądza, jaka tam panuje, jednakowoż ma ten skutek, iż izby wybudowane za pomocą ubezpieczeń prywatnych, kosztują około 9 $ miesięcznie.

Drugą dziedziną, którą chcę poruszyć, jest dziedzina profilaktyki, względnie propagandy higjeny. Przeważnie zasadza się ta rzecz na t. zw. sporadycznych badaniach, właściwie poradach ubezpieczonych. Amerykańską inicjatywę w tym kierunku z przed lat 20 podjęło Zuryskie Towarzystwo „Vita": z którego publikacji czerpię niektóre z następujących danych: minimalne sumy ubezpieczeń, dające upoważnienie do porad wynoszą w tejże „Vicie" 10.000.— fr. szw., względnie 8.000.— marek, w Holandji — 10.000— guld. Angielskie towarzystwo „Wesleyan" ustaliło 1.000.— funtów. Warunkiem jest normalne ryzyko. Co trzy lata otrzymuje ubezpieczony bon, którym płaci dowolnie wybranego lekarza za dokładne badanie i poradę. Tajemnica lekarska jest jak najściślej utrzymana. Bon jest ważny trzy miesiące. Ochroną

przed nadużyciem jest porównanie podpisu na bonie i na wniosku. Ujemną cechą utrzymania tajemnicy lekarskiej jest niemożność zużytkowania wyników tych badań do celów naukowo-statystycznych, i ujemną cechą zwolnionego wyboru lekarzy jest niemożność wyspecjalizowania lekarzy w tym kierunku.

Dyrektor „Vity” oblicza, że jeśli $^1/_3$ ubezpieczonych zużytkuje bony, do których ma prawo, będzie to kosztować 0,83‰ sumy ubezpieczonej, a więc mniej, niż pierwsze badanie lekarskie. Cyfry zużytkowania tych bonów w różnych towarzystwach brzmią: w „Vicie” — 28%, w poważnem angielskiem towarzystwie — 25%, w amerykańskim olbrzymie „Metropolitan”—7,8%. U nas wprowadziło w życie towarzystwo „Fenix” system porad, lecz zainteresowanie publiczności jest jak tymczasem minimalne. Oprócz systematycznych badań lekarskich zajmują się profilaktyką amerykańskie towarzystwa, specjalnie „Life Extension Institute”, w Niemczech „Deutsche Zentrale fuer Gesundheitsdienst der Lebensversicherung”, w Holandji pododdział towarzystwa „Vereinigung zur Foerderung der Lebensversicherung“.

Dalszą działalność w tym kierunku rozwijają amerykańskie i norweskie towarzystwa, mianowicie wprost nie do uwierzenia są fakty z działalności amerykańskich towarzystw. „Metropolitan” wydało broszur higjenicznych w ilości nie mniej nie więcej jak 450 miljonów sztuk. Toż samo towarzystwo posiada 3 tysiące pielęgniarek, które stoją do dyspozycji ubezpieczonych. Zapotrzebowanie wychodzi ze strony ubezpieczonych samych w przeszło $^1/_2$ wypadków, a w przeszło $^1/_4$ wypadków ajenci i inkasenci spotykając się w swoim tygodniowym obchodzie ubezpieczonych z wypadkiem choroby, raportują swemu urzędowi, który natychmiast wysyła pomoc, oczywiście bezpłatną.

Na jeden artykuł o higjenie i o broszurach higjenicznych otrzymało towarzystwo 60 tys. odpowiedzi, z żądaniem dokładniejszych danych, względnie broszurek, a na specjalny film odezwało się 270 tys. żądań bliższych. Ciekawem jest, iż budowa sanatorjów, projektowana przez niektóre towarzystwa dla swych ubezpieczonych, została przez władze zabroniona, jako niezgodne z zadaniami instytucji ubezpieczeniowej.

O profilaktyce ogniowej towarzystw amerykańskich mówiłem poprzednio, wspomnę, że nie mniej intensywną działalność rozwijają one w dziedzinie profilaktyki od wypadków i odpowiedzialności cywilnej. Odbywa się specjalne wychowywanie publiczności. Rozpowszechnia się wypożyczalnie różnych środków zapobiegawczych. Ta działalność zapobiegawcza jest specjalnie interesująca w dziedzinie ubezpieczeń wypadkowych, gdyż w większości stanów obowiązek ubezpieczenia od wypadków, podobnież jak we Francji i tak jak było w Rosji, spełnia się przy pomocy ubezpieczeń prywatnych.

Manes twierdzi, że amerykanie skopjowali profilaktykę niemieckiego ubezpieczenia inwalidności w swojem ubezpieczeniu życiowem i profilaktykę socjalnego ubezpieczenia wypadkowego w swojem ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej. Zdaje się, że jest to mocno przesadzone na korzyść Niemiec, gdyż nic podobnego, jak ci wyłącznie ludzie interesu, ubezpieczenia socjalne niemieckie, o ile wiadomo nie zdziałały i z powodu swych chronicznych trudności finansowych w przyszłości napewno zdziałać nie potrafią.

Niektóre z podanych przez Craiga rezultatów są wręcz rewelacyjne. W jednem z miast Framingham zaczęło jedno z towarzystw w r. 1916 współpracować z Nacjonalnem Tow. Tuberkulozy; rezultat był ten, że śmierć na skutek tuberkulozy spadła w przeciągu 7 lat ze 121 od tysiąca na 38.

W innych miastach spadek wynosił ze 196 na 85 od tysiąca. W Zagłębiu Górniczem Kwebeku jedno z towarzystw postanowiło zmniejszyć śmiertelność dzieci. W ciągu trzech lat śmiertelność ta spadła z 300 na 96 od 1 tys. urodzonych, i w r. 1926 wyniosła 39. Tego rodzaju rezultaty są nie mniej zdumiewające, niż całe tempo rozwoju ubezpieczeń w Ameryce, o którem Manes twierdzi w 28 r., iż spadnie ono mocno z korzyścią dla ubezpieczeń socjalnych po niechybnem załamaniu się tempa rozwoju ekonomicznego Stanów.

Przechodzę do dalszej dziedziny zupełnie obcej naszym stosunkom, a mianowicie do grupowych ubezpieczeń, zastępujących, lub dopełniających ubezpieczenie socjalne.

Ubezpieczenie grupowe zasadza się na tem, iż przedsiębiorstwo ubezpiecza bądź wszystkich swoich pracowników, bądź oddzielne grupy. Warunkiem jest udział 50 pracobiorców. Składka jest płacona przez pracobiorcę lub obie strony. Ubezpieczonymi muszą być albo wszyscy pracownicy, albo wszyscy z jednej grupy fachowej. Jeżeli składki płacono wspólnie, to musi należeć do ubezpieczenia 75% ogółu. Sumy mogą być zależne od zarobku i czasu służby; minimum wynosi 250, maximum przeważnie 5 tys. $. Obrachunek składek następuje raz do roku. Wypłata następuje w formie kapitału, albo renty. Towarzystwa utrzymują specjalne biura porad, będące na usługach klijenteli w celu obliczenia premji, regulowania szkód, zapobiegania wypadkom, propagandy wśród ubezpieczonych, oraz porad dla racjonalizacji metod pracy, któreby umożliwiły poczynienie takich oszczędności w interesie, aby składka mogła być opłaconą. Składki wynoszą od 7 — 12‰ dla najbezpieczniejszych z grup. Dopuszczalny procent czarnych wynosi zwykle 10%. W r. 1924 uprawiało to ubezpieczenie 60 towarzystw, wykazujących 38 tys. polis na łączną sumę 3 miljardów. Aczkolwiek przeciętna suma wynosi w różnych towarzystwach 265 do 453 tys., to cytowane są wypadki pojedyńczych polis na 50, a nawet na 150 miljonów. Przy technicznej analizie składek uderza mię okoliczność, że te składki brutto za ryzyko są przeważnie znacznie niższe, niż stopa śmiertelności ogółu ludności. Mimo zapytań moich sprawę tę niezupełnie mogłem wyjaśnić. Zauważyć należy, że prawo ubezpieczonego do kontynuowania ubezpieczenia po porzuceniu odnośnego pracodawcy, ma dla towarzystwa skutek bardzo, a bardzo nieprzyjemny, gdyż ci ubezpieczeni wykazują nadśmiertelność wprawdzie spadającą z biegiem czasu po wystąpieniu, ale wynoszącą w pierwszym roku znacznie przeszło 300% śmiertelności normalnej.

Przechodząc do ostatniej części moich wywodów chciałbym zacytować jeszcze zdefinjowanie stosunków ubezpieczeń prywatnych i ubezpieczeń socjalnych.

Bellom określa 5 zadań ubezpieczenia prywatnego, a mianowicie: ma **przygotować** funkcjonowanie ubezpieczenia socjalnego, ma mu **pomagać** finansowo i technicznie, ma je **wzmacniać**, nprz. przez reasekurację, ma je **uzupełniać** i w reszcie ma je **realizować**.

Dla ilustracji zwłaszcza tego ostatniego punktu przytoczę kilka danych z dziedziny, która mię specjalnie interesuje, mianowicie ubezpieczenie od choroby. „Friendly Societies" mają 6 miljonów członków i 40 miljonów funt. kapitału. Prace co kilkanaście lat czynione, mające na celu dokładne badanie stosunku chorobowości i inwalidztwa tych członków stanowią podstawowy

dorobek tej dziedziny, na którym wzorowały się prace niemieckie i szwajcarskie. Są one wrogo usposobione wszelkim poczynaniom upaństwowienia swej działalności, aczkolwiek z biegiem czasu wyłoniły się poważne trudności finansowe, z powodu nadmiernego obciążenia rentami starczemi, traktowanemi z konieczności, jako renty inwalidzkie. Po wprowadzeniu jednakowoż i obowiązkowego ubezpieczenia od starości w Anglji, te „Friendly Societies" można uważać jako najzupełniej sanowane. Rozwój ubezpieczeń od choroby w Danji był tego rodzaju, iż pierwsza kasa powstała w r. 1623; już w r. 85-tym wykazywały 1000 kas 100 tys. członków przy 2 i $^1/_2$ miljona mieszkańców. W r. 92-im zostały one prawnie uznane i ustalono zasadę: „pomoc dla samopomocy". W r. 1921 było ubezpieczonych w stosunku do uprawnionych 82%, obliczenie pozwala przypuszczać, że jest 90 — 95 % robotników ubezpieczonych. Kasy są niezależne, podlegają kontroli państwowej, podobnież jak i kasy inwalidzkie. Prowadzone są przez ubezpieczonych apolitycznie. W Szwecji istnieją obok kas miejscowych lub państwowych kasy otwarte lub zamknięte przy dobrowolnem ubezpieczeniu. Ubezpieczonych było 12,7% ludności. W tej dziedzinie, jak również przy ubezpieczeniu od wypadków prywatna inicjatywa ma wolne pole. Jeżeli w Danji główna pomoc zasadza się w lecznictwie, to zato w Holandji dominującą formą są świadczenia pieniężne przy podobnym ustroju i również o długiej historji tych ubezpieczeń.

Instruktywny jest rozwój rzeczy w Holandji, gdzie towarzystwa prywatne utworzono nietylko z drobnych kas, lecz również przez przemysł; rozwinęły one tak daleko idącą propagandę ubezpieczeń socjalnych, że prawodawstwo może tylko w znacznem oddaleniu nadążyć za tym prądem, ustalając obligatorjum, gdy większa część była już dobrowolnie ubezpieczona. Założony Zakład Państwowy okazał się w istocie rzeczy li tylko dodatkowym i obejmującym zaledwie 10% ubezpieczonych.

W Norwegji kolektywne pensyjne ubezpieczenie opanowane jest przez towarzystwa akcyjne, które w większości wypadków ograniczają swoje dywidendy do 5%. Również w Hiszpanji, ale już na skutek prawa z 1924 roku, powstały liczne towarzystwa ubezpieczeń emerytalnych. Naogół można powiedzieć, że kraje, znajdujące się pod wpływem kultury niemieckiej, odnoszą się nieufnie lub wrogo do inicjatywy i pracy prywatnej w dziedzinie ubezpieczeń wogóle, a socjalnych w szczególe. Odwrotne dążenia widzimy w krajach romańskich i anglo-saskich. Pewny wyjątek stanowią Włochy, gdzie rzeczy zaszły tak daleko, iż wprowadzono monopol nawet ubezpieczeń życiowych wogóle. Należy przypuszczać, iż to samo cofnięcie się z zajmowanej pozycji przez Italję będzie miało miejsce i u nas, gdzie dotychczas jesteśmy zapatrzeni li tylko na przykład niemiecki. Zacytuję tu Chauftona, (o którym nadmieniałem na wstępie,) siłami przeciwdziałającemi ubezpieczeniu, są: przesądy religijne, strach przed śmiercią, względnie myśli o niej, nieznajomość kombinacyj i korzyści, szkodliwe wpływy państwa i złych praw. Wszystkie te negatywa działają u nas tymczasem bardzo potężnie. Walka z niemi jest niesłychanie trudna, ba, nawet zrozumienie potrzeby walki w tym kierunku jest mało rozpowszechnione.

Tem silniejszy jest obowiązek tych jednostek, które to widzą, do walki o postęp w dziedzinie ubezpieczenia w każdej ich formie.

Dr. Marcin Goldman

ZAGADNIENIE „DUMPINGU WEWNĘTRZNEGO“.

Aktualne dziś na całym prawie świecie hasło zniżki cen przemysłowych, głoszone jako jeden ze skuteczniejszych środków na froncie walki z przewlekłym kryzysem w rolnictwie światowem oraz jego skutkami na terenie całego gospodarstwa — postawiło w wielu państwach na porządku dziennym kwestję odbudowy konsumcji, opartej na szerokich podstawach gospodarczych i częściowo socjalnych.

Zagadnienie to w Polsce ma może specjalnie doniosłe znaczenie, ze względu na niską pojemność rynku wewnętrznego w porównaniu z innemi państwami środkowo-europejskiemi o zbliżonej strukturze gospodarczej. Mimo jednak tej doniosłości wśród zagadnień polityki gospodarczej, cieszących się popularnością oraz zainteresowaniem rządu i społeczeństwa kwestja rozbudowy rynku wewnętrznego mało zajmowała miejsca i nie poświęcono jej takiej ilości uwagi i wysiłków, na jakąby zasługiwała.

Zagadnienie rynku wewnętrznego ma charakter „kluczowy”, znaczy się, że rozwiązanie go w każdym poszczególnym fragmencie przynosi znaczne uproszczenie i ułatwienie w rozwiązaniu innych żywotnych zagadnień z punktu widzenia gospodarki narodowej, jak zagadnienia produkcji i eksportu. Ciężka sytuacja finansowa państwa i ustawiczna konieczność borykania się z niebezpiecznemi tendencjami kształtowania się naszego bilansu płatniczego, wysuwała zwykle na pierwszy plan zagadnienie aktywności naszego handlu zagranicznego. Pod kątem tej polityki import zagraniczny był silnie reglamentowany, przy jednoczesnem forsowaniu eksportu, bez względu nieraz na interesy rynku wewnętrznego. Niezupełnie, jak się wydaje, doceniano znaczenie faktu, że zdrowa struktura eksportu oraz trwałość jego ekspansji stoją w ścisłej zależności od uregulowania najważniejszych problemów konsumcji wewnętrznej, że dopiero ten eksport, który stanowi realną nadwyżkę produkcji, wynikającej ze zracjonalizowania danej gałęzi i oparcia jej w stopniu silnym i szeroko o konsumcję rynku wewnętrznego — może mieć pożądane skutki gospodarcze dla kraju. Powszechna dziś w całym świecie moda łatania dziur w finansach państwowych i bilansie płatniczym przy pomocy niegospodarczych form wywozu, musiała się nolens-volens przyjąć i w Polsce, co się szczególniej rzuca w oczy na skutek okoliczności, że pierwsze jej zastosowanie w pełni miało miejsce w r. 1925, jako naturalna reakcja i półśrodek gospodarczy przeciwko spadkowi złotego.

Jest rzeczą niewątpliwą, że gdyby począwszy od roku 1925 państwo nasze poświęciło tyle zainteresowania i tyle środków pieniężnych na cel rozszerzania konsumcji na rynku wewnętrznym, ile poświęciło ich na forsowanie nieraz mało gospodarczo uzasadnionego eksportu — nasza produkcja i eksport stałyby dzisiaj już na dużo mocniejszych podstawach. Jest to zresztą twierdzenie czysto teoretyczne, gdyż państwo nasze do ratowania i podpierania stale chwiejącej się równowagi naszego bilansu handlowego było zmuszone względami ogólnej polityki finansowej, wyczerpując w tym kierunku cały zasób środków stojących do jej dyspozycji. Byliśmy zmuszeni do polityki gospodarczej prowadzonej z dnia na dzień, polegającej na łataniu większych dziur w towarzystwie ustawicznej troski, aby tych łat wystarczyło.

Wydaje się również, że takoż niedostatecznie doceniano znaczenie handlu, jako czynnika oddziaływującego najbardziej bezpośrednio i skutecznie na

rozbudowę konsumcji wewnętrznej. Polityka obrony konsumenta, której echa tłuką się jeszcze dzisiaj w samym sposobie pojmowania przez pewne sfery znaczenia akcji zniżki cen — wiele wyświadczyła pod tym względem polskiemu gospodarstwu strat — jak dotychczas — bezpowrotnych. Trzeba się zgodzić, mimo teoretyczno - gospodarczej niemoralności samego założenia, że jednym z najważniejszych i najskuteczniejszych środków wszelkiej akcji pionierskiej w handlu jest forma zwana niezupełnie właściwie dumpingiem. Mamy dziś dumping cen, przewozowy, kredytowy, reklamowy, pionierski i t. d. i t. p. — różnorodność tych form — mimo wszystko pozwala uchwycić wspólną ich cechę co do celu: zdobycia klijenta za wszelką cenę, a nawet sfinansowania go, dla innych nieraz ubocznych, lecz z reguły zysk ostateczny, mających na widoku — celów gospodarczych. Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że dumping wszelki jest rzeczą kosztowną, cenę której zawsze ktoś musi zapłacić — pośrednio, czy bezpośrednio. Z tego wynika, że trwałość stosowania go, a zatem skuteczność jest zależna z reguły od zasobności tej warstwy gospodarczej, która skazana jest na pokrywanie kosztów w ten sposób pojętego dumpingu.

Przy takiem ujęciu sprawy, pod zjawisko dumpingu można również podciągnąć pewne objawy forsowania zbytu towarów na rynku wewnętrznym, co nazywane bywa niekiedy „dumpingiem wewnętrznym". Zresztą zastrzecby się tu należało co do ścisłości terminów, które nie pokrywają się z terminologją przyjętą w terminologji klasycznej, a tylko są użyte dla większego wyjaskrawienia i podkreślenia pewnych analogij zachodzących w stosunku do rynku zewnętrznego i wewnętrznego — zjawiskach. Hasło zniżki cen czyni specjalnie aktualnem zagadnienie „dumpingu wewnętrznego" — jako ekscytujące wysiłki handlu do zdobycia odbiorcy celem odbicia sobie strat na cenach zwiększeniem obrotów, przy jednoczesnem dążeniu do rozszerzenia rynku zbytu. Jako obszary „dumpingowe" mogłyby tu w naszych warunkach wchodzić przedewszystkiem obszary o niskiej konsumcji, której rozbudowa jest w wielu wypadkach uzależniona od powstania nowych potrzeb ludności. Do obszarów tych przedewszystkiem należałyby Kresy Wschodnie, a częściowo i województwa centralne, gdzie rola handlu, zorganizowanego w sposób nowoczesny i o dużej aktywności i przedsiębiorczości jest jeszcze niezmiernie mało wykorzystana. Do przeprowadzenia jednak tej całej pracy przez zdrową i nowoczesną część handlu polskiego należałoby przystąpić z odpowiedniemi kapitałami dla sfinansowania tej całej doniosłej akcji. Środków tych jednak handel nie posiada, bowiem nie mógł ich zdobyć w czasie trwania niemal 12-letniej, konsekwentnej i rzadko przerywanej — polityki walki z rentownością w handlu — tak bowiem w przybliżeniu da się scharakteryzować całokształt ustosunkowania się rządów i znacznego odłamu społeczeństwa do naszego handlu. Toteż trwająca obecnie zniżka cen, przy równolegle postępującem ubóstwie handlu naszego nie daje mu do ręki pozytywnej broni dla rozszerzenia rynku wewnętrznego, jaka niewątpliwie istniałaby przy większej tego handlu zasobności. Zjawisko zniżki cen raczej pogłębia jeszcze niedolę handlu, pauperyzując go jeszcze bardziej, bowiem bezpośrednia zniżka cen rynkowych uderza przedewszystkiem w posiadacza towaru w końcowym procesie wymiany — t. j. w detalistę, który stanowi najaktywniejszy organ aparatu handlowego. W fakcie, że rzecz podobna dzieje się na całym świecie a nietylko w Polsce — niepodobna dopatrywać się pociechy, bowiem odporność naszego handlu jest naogół znacznie mniejsza w porównaniu

z odpornością handlu większości innych państw o dużem znaczeniu gospodarczem na świecie — przytem zaś pogłębia się jeszcze bardziej stosunkowa różnica między zdolnością do procesów twórczych naszego i obcego handlu, co stanowi zjawisko dla całokształtu naszych stosunków gospodarczych — nader niebezpieczne. Błąd naszej polityki państwowej, polegający na konsekwentnem ignorowaniu, względnie braku zdecydowanego poparcia interesów handlu, w jakim to błędzie tkwimy od zarania Niepodległej Polski — zaczyna mścić się coraz wyraźniej na całokształcie naszych stosunków gospodarczych. Niedość jest pozwolić handlowi wegetować i przypuszczać, że zechce on to przetrwać. Handel—aby istnieć—musi dawać zyski, musi być czynnością rentowną. O ile tej rentowności mu się nie zabezpieczy — karłowacieje i ginie. Dlatego też, jeśli stawiamy tezę celowości zastosowania „dumpingu wewnętrznego" — jako środka rozbudowy krajowej konsumcji — nie wolno nie zapominać o tem, że dobrodziejstwa tej akcji i sama akcja jest ściśle uzależniona od radykalnych zmian wytycznych ustosunkowania się do polskiego handlu ze strony Państwa i społeczeństwa, które winno iść w kierunku umożliwienia rentowności handlu. Jest to pierwszy, najważniejszy i „kluczowy" krok w kierunku rozwiązania palącego zagadnienia rynku wewnętrznego.

T. Nowacki.

UWAGI DO ARTYKUŁU D-ra POMERANZA ZAMIESZCZONEGO W Nr. 6 Z R. 1931 P. T. „UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY".

Na uwagi Dra Pomeranza w Nr. 6 roku 31 w odpowiedzi na moją replikę w Nr. 4 z roku 30 — chciałbym kilka słów dorzucić. Zarzut, że przesunięty został punkt ciężkości na kwestję podrzędną jest o tyle słuszny, że pierwotne stanowisko Dra Pomeranza mogło być zrozumiane jako (zupełnie niepotrzebny) atak na zasługi prywatnego ubezpieczenia.

Ze względu na stwarzane u nas sztuczne antagonizmy między ubezpieczeniami prywatnemi i ogólnemi uważałem za potrzebne na to zareagować.

Uwaga moja o konieczności precyzowania pojęcia indywidualności, jak się okazuje z odpowiedzi Dra Pomeranza, była bardzo potrzebna. Chodzi nie o stopień inwalidności, lecz o rodzaj (np. zawodowa, ogólna, sposób uznawania inwalidztwa za pełne lub stałe i t. p.).

Że Dr. Pomeranz nie widzi różnicy między ryzykiem inwalidztwa skutkującem zwolnienie od opłaty składki a takiemż ryzykiem wypłacania renty, to jest do wybaczenia; różnicy teoretycznej, rachunkowej niema żadnej. Natomiast jest olbrzymia w ryzyku moralnem, subjektywnem. Większa jak np. między ubezpieczeniem na 5.000 i 50.000, średnio silnej finansowo jednostki. Wspomnę o całym problemacie histerji rentowej, nerwic urazowych i t. p.

Również niezgoda Dra Pomeranza na mój negatywny stosunek do kapitałowych ubezpieczeń od inwalidztwa pochodzi z tego samego źródła. Praktycznie biorąc w tych wypadkach, gdy stała i zupełna niezdolność jest bezwzględnie pewna, Towarzystwo i bez składki dodatkowej wypłaci sumę ubezpieczenia zwolnioną od opłaty składki przy odpowiedniem dyskoncie. Wypłacić zaś w wypadkach wątpliwych nie powinno; i też za żadną składkę nie powinno się do tego zobowiązać.

Dr. Goldman.

Na powyższem dyskusję w tej sprawie zamykamy.

REDAKCJA.

KRONIKA KRAJOWA.

OD REDAKCJI.

W związku z artykułem „W sprawie ubezpieczeń gazowni w Polsce" zamieszczonym w numerze 6 z 1931 r., do którego wkradła się omyłka, wyjaśniamy, iż nie istnieje żadna konwencja, według której Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych miałby zobowiązać się do stosowania w dziale dobrowolnych ubezpieczeń od ognia stawek towarzystw prywatnych.

Dnia 24 lutego r. b. delegacja przedstawicieli Zjednoczenia Działających w Polsce Tow. Ubezpieczeń na życie w osobach pp. Z. Reklewskiego, W. Kozłowskiego, Dr. F. Gutmanna, W. Wienera i Senatora Wyrostka została przyjęta przez Pana Ministra Sprawiedliwości i złożyła memorjał, który poniżej podajemy:

Warszawa, d. 17 lutego 1932 r.

Do Pana Ministra Sprawiedliwości

w miejscu.

Sąd okręgowy we Lwowie w październiku ubiegłego roku w jednej sprawie o wypłatę sumy ubezpieczeniowej w motywach do wyroku wyraził się między innemi jak następuje:

„Mimo to pretensja powódki jest słuszna. Spór niniejszy jest typowym przykładem jak postępuje towarzystwo asekuracyjne wobec swych klijentów. Pozwane Towarzystwo idąc zresztą w ślad za innemi Towarzystwami asekuracyjnemi nie dokłada należytej staranności przed zawarciem umowy, gdyż chodzi mu przedewszystkiem o to ,by pozyskać ubezpieczenie, a w ślad za tem i składki, a natomiast, gdy zajdzie wypadek nie poczuwa się do obowiązku wypłacenia należnej sumy ubezpieczenia, lecz wdaje się w spór, licząc widocznie chyba na to, że powódka znużona procesem coś ze swej pretensji opuści".

W powyższych motywach upatrywać musimy podobne niedocenianie znaczenia i roli towarzystw ubezpieczeń, jak w wypadku przedstawionym przez Związek Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce w piśmie z dnia 17 lipca 1930 r. Nr. 706/30.

Twierdzenie bowiem, wysunięte przez Sąd Okręgowy w powyższych motywach, jest w jaskrawej sprzeczności z rzeczywistym stanem rzeczy; towarzystwa ubezpieczeń niezmiernie rzadko dopuszczają do sporów sądowych o wypłatę sumy odszkodowania. Tak naprzykład, jak z załączonej tablicy wynika w roku 1929 prywatne towarzystwa ubezpieczeń wypłaciły 35.108 szkód na sumę 55.678.426 zł. podczas gdy do sporu sądowego o odszkodowanie doszło w roku tym co do 401 szkód (1,14%) na sumę 1.517.513 zł. (2,73%). Dla działu ubezpieczeń na życie liczby te przedstawiają się z natury rzeczy jeszcze bardziej korzystnie. W przeciągu lat 1924 — 1931 prywatne towarzystwa ubezpieczeń udzieliły świadczeń (wypłaciły sumy ubezpieczenia i wykup) w 7.380 wypadkach, podczas gdy w tym samym okresie czasu spory sądowe wszczęto zaledwie w 60 wypadkach.

Powyższe liczby w sposób druzgocący obalają twierdzenia wysunięte w motywach Sądu Okręgowego — bowiem „Typowem" postępowaniem towarzystw ubezpieczeń wogóle, a towarzystw ubezpieczeń na życie w szczególności jest właśnie wypłata należnych klijentom sum ubezpieczenia, wykupów lub odszkodowań, natomiast do wyjątków należą wypadki dopuszczenia do sporu o wypłatę świadczenia. I te jednak wyjątki są aż nadto umotywowane nietylko naturalnem prawem obrony własnego interesu, ale ponadto i interesu ogółu ubezpieczonych. Towarzystwo Ubezpieczeń ma nietylko prawo kwestjonowania wypłaty w wypadkach, które uzna za wątpliwe lub nienadające się do uwzględnienia, lecz jest to jego obowiązek wobec ubezpieczonych. Każdy zakład ubezpieczeń bez względu na jego formę organizacyjną (akcyjną, wzajemną) z asekuracyjno - technicznego punktu widzenia, jest związkiem wzajem-

nym wszystkich ubezpieczonych, opartym na zasadzie: „jeden za wszystkich wszyscy za jednego". W szczególności dotyczy to towarzystw ubezpieczeń na życie, co prawodawca uwględnił w szeregu specjalnych przepisów o zabezpieczeniu funduszów ubezpieczonych. Zatem każde nieuzasadnione lub wprost na oszustwie i spekulacji oparte rozszczenie ubezpieczeniowe jest przedewszystkiem zamachem na fundusze ogółu ubezpieczonych i jako takie winno być przez administratora tych funduszów, t. j. towarzystwo ubezpieczeń, skutecznie odparte. Natomiast pomijanie drogi sporu sądowego w wypadkach wątpliwych lub wprost podejrzanych stanowiłoby zachętę dla nieuczciwych i niesumiennych klijentów i byłoby sprzeczne z dobremi obyczajami.

Zarzuty więc wysunięte pod adresem ogółu Towarzystw Ubezpieczeń w przytoczonych na wstępie motywach Sądu Okręgowego we Lwowie, są bezpodstawne i w najwyższym stopniu krzywdzące, a sam fakt ogólnikowego oskarżenia całej poważnej gałęzi gospodarstwa narodowego w motywach wyroku sądu — bezprzykładnym.

Przeciwko tak pochopnemu używaniu w motywach wyroków sądowych bezpodstawnych i krzywdzących ogół Towarzystw Ubezpieczeń zarzutów, zmuszeni jesteśmy z całą energją zaprotestować i zwrócić się do Pana Ministra, aby w interesie słuszności i powagi Sądu zechciał na fakt powyższy zwrócić uwagę.

Prezes (—) Z. Reklewski.

Sekretarz Jeneralny
(—) W. Kozłowski.

2 załączniki.

Sąd Okręgowy we Lwowie
Wydział II.
dnia 9 października 1931.
II. Cg. 122/30.

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej!

Sąd Okręgowy Wydział II handl. we Lwowie pod przewodnictwem S. S. O. Jana Dolińskiego przy współudziale S. handl. Dra Hübla i Reissa jako głosujących w sporze powódki Marji z Kozłowskich Wołowcowej, zast. przez adw. D-ra Chotinera przeciw pozwanej Spółce Akc. Towarzystwu Ubezpieczeń „X" w Warszawie, Oddział we Lwowie, zast. przez adw. D-ra Y. o 1500 dol. zpm. po przeprowadzonej rozprawie orzekł:

Pozwane Towarzystwo winno do 14 dni pod rygorem egzekucji zapłacić powódce kwotę 1500 dol. z 10% odsetkami od 1/9 1929 i kosztami sporu w kwocie 753 zł. 20 gr. oraz ponieść należytość prawną od tego wyroku wymierzyć się mającą.

Powód rozstrzygnięcia.

Nie jest sporne, że pozwana zawarła z mężem powódki ś. p. Kazimierzem Wołowcem do N. polisy 26040 umowę o ubezpieczenie na życie męża powódki z tem, że na wypadek jego śmierci — powódka otrzyma sumę ubezpieczenia 1500 dol. Niesporne też jest, że Kazimierz Wołowiec zmarł w ciągu pierwszego kwartału ubezpieczenia, t. j. dnia 27/8 1929. Pozwane T-wo odmawia wypłaty sumy $ 1500.—, twierdząc, że ś. p. Kazimierz Wołowiec przed zawarciem umowy zataił okoliczność, iż jest chory, gdyż na pytanie badającego go lekarza podał, że żadnych chorób nie przechodził i u żadnych lekarzy się nie leczył, a tymczasem okazało się, że Kazimierz Wołowiec od dłuższego czasu był chory na.......... mózgu — leczył się w Kasie Chorych w Drohobyczu, a następnie w szpitalu lwowskim — a wobec tego po myśli art. 7 warunków ubezpieczeniowych pozwana słusznie odmówiła wypłaty sumy ubezpieczenia.

Świadek Władysław Sawkiewicz zeznał pod przysięgą co ustalono — że Sawkiewicz jako agent pozwanego Towarzystwa nalegał na ś. p. Kazimierza Wołowca by się na życie ubezpieczył, że przy wypełnieniu wniosku na zapytanie o poprzednie choroby podał mu Kazimierz Wołowiec, że przedtem był trochę chory na co Sawkiewicz odpowiedział, że na to jest lekarz, który go bada i stwierdza czy Wołowiec jest zdrów

a w końcu, że Sawkiewicz na pytanie Wołowca pouczył go, że nie ma potrzeby wspominać we wniosku o dawnych chorobach — gdyż jest to już rzecz lekarza, że dalej Sawkiewicz nie wypytywał Wołowca jakie choroby przechodził, gdyż chodziło mu o to, by zarobił prowizję — i że również reprezentant pozwanego T-wa — pouczył Sawkowicza, że rubryki „poprzednie choroby" niekoniecznie trzeba wypełnić — gdyż należy to do lekarza. — Świadkowie Dr. Herman Fleischer, Władysław Sawkiewicz, Marja Kurma i Andrzej Leśniak zeznali, co Sąd przyjął za prawdę, że ś. p. Kazimierz Wołowiec miał wygląd zdrowego i dobrze zbudowanego mężczyzny.

Świadek lekarz Dr. Jakób Dornfeld zeznał co ustalono, że do niego zgłosił się Kazimierz Wołowiec o poradę 20/10 1928 po raz pierwszy, skarżąc się na silne bóle głowy, że Dr. Dornfeld skonstatował u niego silne zdenerwowanie, które kładł na karb przepracowania Wołowca oraz jego stosunki w firmie Fanto, u której Wołowiec pracował a także obawy, przed spodziewaną redukcją. Ustala się dalej, że w styczniu 1929 Dr. Dornfeld wezwany do domu Wołowca stwierdził objawy zamroczenia nerwowego, przemijającą senność — lecz stanu chorego nie uważał za ciężki, że następnego dnia stwierdził pogorszenie się stanu chorobowego, wzmożenie senności chorego i polecił odwieźć chorego do Lwowa—skąd Wołowiec powrócił po kilku tygodniach, oświadczając Dr. Dornfeldowi, że czuje się zupełnie zdrowym — lecz dla własnego uspokojenia zamierza jeszcze raz pojechać do Lwowa do D-ra Domasiewicza, choć ten mu tego nie zalecił. — Ustala się w końcu, że Dr. Dornfeld uważał stan Wołowca za przejściowy — wywołany zmęczeniem fizycznem i umysłowem, **nie zaś za stałą chorobę organiczną** — a już nie miał podejrzenia, że chodzi o guz mózgu.

Również na podstawie zeznań świadka Balbiny Hermańskiej i powódki Marji Wołowcowej ustalono, że ś. p. Wołowiec wróciwszy ze Lwowa czuł się bardzo dobrze, pracował w firmie Fanto aż do lipca, poczem wyjechał do Iwonicza, gdzie bawił na wywczasach 4 tygodnie i był zdrów, a także zdrów wrócił do Borysławia.

Wreszcie na podstawie sprawozdania lekarskiego D-ra Teichera z 4/5 1929 ustalono, że ś. p. Wołowiec wskazał na Kasę Chorych jako na swego domowego lekarza.

Nie jest słuszny zarzut powódki, iż po myśli art. 7 ogólnych warunków — pozwane T-wo utraciło prawo odstąpienia od umowy. Z zeznań dyr. pozwanego Towarzystwa wynika, że pozwane T-wo dopiero w pierwszej połowie października 1929 roku nabrało podejrzenia, po przeprowadzonych dochodzeniach, że zapodania ś. p. Wołowca były niezgodne z prawdą — a powódka nie wykazała, by pozwane T-wo miało już wcześniej o tem wiadomości.

Mimo to pretensja powódki jest słuszna. Spór niniejszy jest typowym przykładem jak postępuje Towarzystwo asekuracyjne wobec swych klientów. Pozwane Towarzystwo idąc zresztą w ślad za innemi Towarzystwami asekuracyjnemi nie dokłada należytej staranności przed zawarciem umowy, gdyż chodzi mu przedewszystkiem o to, by pozyskać ubezpieczenie a w ślad zatem i wkładki, a natomiast gdy zajdzie wypadek nie poczuwa się do obowiązku wypłacenia należnej sumy ubezpieczenia, lecz wdaje się w spór, licząc widocznie chyba na to, że powódka znużona procesem coś ze swej pretensji opuści. Na jakiejże bowiem podstawie twierdzi pozwane T-wo, że go Wołowiec w błąd wprowadził. Oto powołuje się na wniosek spisany przez Sawkiewicza i sprawozdanie lekarskie D-ra Teichera, które stwierdzają, że Wołowiec podał, iż żadnych chorób nie przechodził i u żadnych lekarzy się nie leczył. Tymczasem z ustaleń wynika, że Wołowiec zgodnie z prawdą oświadczył Sawkiewiczowi, że był przedtem „trochę chory" — było więc rzeczą Sawkiewicza wybadać Wołowca, co do rodzaju choroby i osoby lekarza — a że Sawkiewicz, bojąc się, że nic nie zarobi prowizji — tego wniosku nie uwidocznił — to jest to zaniedbanie obowiązku jego, jako agenta i za to go może pozwane Towarzystwo pociągnąć do odpowiedzialności, ale z tego powodu strona ubezpieczona szkody ponieść

nie może. Co więcej, ś. p. Wołowiec podał szczerze, że jego lekarzem domowym jest Kasa Chorych i było rzeczą pozwanego T-wa przed umową zasięgnąć tam potrzebnych informacyj — a gdy pozwane Towarzystwo zaniedbało to uczynić — to z tego zaniedbania nie może obecnie kuć broni przeciw powódce i twierdzić, że okazało się, iż Wołowiec leczył się w Kasie Chorych. Wprawdzie z sprawozdania D-ra Aleksandra Domaszewicza wynika, że ś. p. Wołowic cierpiał na organiczną chorobę mózgu, która ujawniła się w ciągu ostatnich kilku miesięcy — lecz z ustaleń wynika — i to nie może ulegać żadnej wątpliwości, że jak to zresztą zwykle bywa ś. p. Wołowiec nie zdawał sobie sprawy ze stanu swej choroby, bagatelizując ją poprostu. Jakżeż zresztą miało być inaczej skoro Wołowiec po powrocie ze Lwowa czuł się cały czas bardzo dobrze, oddawał się aż do swej śmierci zwykłym swym czynnościom — i skoro nawet lekarz Dr. Dornfeld — chorobę tę uważał za przejściowe zdenerwowanie, wywołane przepracowaniem i stosunkami biurowemi Wołowca?

Tak tedy niema żadnej uzasadnionej podstawy do przyjęcia, iż ś. p. Wołowiec świadomie dał przy zawarciu umowy niezgodne z prawdą odpowiedzi — (art. 7 ust. 1 ogól. war.) a gdy tak jest — pozwane T-wo nie miało żadnego powodu do odmowy wypłaty sumy ubezpieczenia, którą tedy powódce przyznano wraz z ustawowemi odsetkami od dnia 1/10 1929, a nadto po myśli § 41 p. c. — zasądzono pozwane Towarzystwo na zwrot kosztów sporu.

(—) Jan Doliński

Należyte wygotowanie potwierdzam

kierownik kancelarji

(—) podpis nieczytelny.

pieczęć

Sąd Okręgowy we Lwowie
Rzeczypospolita Polska
Wydział handlowy.

Liczba porz.	Ilość Tow.	DZIAŁ	Liczba wypłac. szkód w 1929 r.	Liczba szkód co do których zachodzi spór sądowy	%	suma wypł. odszkodowań	Suma szkód co do których zachodzi spór sądowy	%
1	8	Życiowy	2.077	9	0,43	7.382.459	218.660	2,96
2	11	Wypadk.	1.263	6	0,48	567.669	33.020	5,82
3	16	Ogniowy	12.255	61	0,5	25.251.888	687.873	2,72
4	15	Kradzież.	2.186	38	1,74	2.865.952	297.464	10,38
5	10	Transport.	1.711	3	0,18	1.530.617	25.480	1,66
6	6	Gradowy	8.032	—	—	13.952.695	—	—
7	3	Szyb	1.084	1	0,09	513.877	1.300	0,25
8	10	O. C.	3.727	277	7,43	1.180.120	228.368	19,35
9	7	A. C.	2.724	6	0,22	2.087.416	25.348	1,21
10	—	—	—	—	—	—	—	—
11	1	Wodociąg.	36	—	—	5.874	—	—
12	1	Maszyn	4	—	—	7.240	—	—
13	1	Aero-casco	6	—	—	319.654	—	—
14	1	Chômage	3	—	—	12.965	—	—
			35.108	401	1.14	55.678.426	1.517.513	2,73

MINISTERSTWO SKARBU
Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń
L. 508/UU/III-32
W sprawie uregulowania koasekuracji.

Warszawa, dn. 20 stycznia 1932 r.

OKÓLNIK Nr. 120.

Niektóre zakłady ubezpieczeń, które w drodze koasekuracji zawierały ubezpieczenia łącznie z upadłym Związkiem Ubezpieczeniowym Przemysłowców Polskich, odmówiły ubezpieczającym należnego, przypadającego na nich, świadczenia.

Sprawa została poddana rozstrzygnięciu sądów, które orzekły, że w danych wypadkach zachodzi nie koasekuracja, ale reasekuracja, ponieważ udziały koasekuratorów podane wprawdzie zostały na drugiej stronie polisy i podpisane przez koasekuratorów, koasekuratorzy jednak nie wzięli wyraźnie na siebie wobec ubezpieczających zobowiązania wypłaty części świadczenia w odpowiednim stosunku do posiadanego udziału w ryzyku.

Wobec powyższego Ministerstwo Skarbu (Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń) wzywa zakłady do umieszczenia w wypadku koasekuracji na polisie klauzuli, zobowiązującej koasekuratorów do bezpośredniego stosunkowo świadczenia w granicach wysokości udziału przyjętego w ryzyku.

Odmowę należnego świadczenia z tytułu przyjętego w drodze koasekuracji udziału w ryzyku Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń będzie traktował jako działalność zakładu sprzeczną z dobremi obyczajami bez względu nawet, czy żądana klauzula będzie umieszczona na polisie.

(—) Łazowski
Dyrektor Państwowego Urzędu
Kontroli Ubezpieczeń.

Do

Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń

w miejscu

W związku z okólnikiem Nr. 120 Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń z dnia 20 stycznia 1932 L. 508/U. U./III/32. Zarząd Związku Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce rozpatrzył sprawę ubezpieczeniową, która spowodowała wydanie powołanego okólnika i na podstawie przedstawionych akt stwierdził, co następuje:

1) Inkryminowana polisa wystawioną została przez Związek Ubezpieczeniowy Przemysłowców Polskich w r. 1928 na skutek wniosku skierowanego wyłącznie do tegoż na ubezpieczenie całego ryzyka. „Zw. Ubezp. Przem. Polsk.” odstąpił po $^1/_3$ części ryzyka 2 innym T-stwom Ubezpieczeń i zamieścił w polisie wzmiankę o rozdziale ryzyka, lecz zaniedbał zwrócić uwagę ubezpieczonego odrębnem pismem na fakt, że treść polisy odbiega od treści wniosku, wobec czego po myśli § 2 pkt. 3 ustawy o kontrakcie ubezpieczenia z r. 1917 obowiązującej w Małopolsce, należało uważać za umówioną treść wniosku, według którego jedynym kontrahentem ubezpieczonej był „Związek Ubezpieczeniowy Przemysłowców Polskich”.

2) ubezpieczona opierając się na przepisach ustawowych nie przyjęła do wiadomości zmiany kontrahentów, wynikającej dorozumianie z uwidocznionego na polisie rozdziału ryzyka i skoro zaszedł wypadek ubezpieczeniowy z końcem lipca 1929 zgłosiła szkodę i roszczenie o odszkodowanie jedynie „Związkowi Ubezpieczeniowemu Przemysłowców Polskich”, którego uważała za jedynego kontrahenta, z tymże kontrahentem prowadziła rokowania ugodowe i zawarła ugodę na odszkodowanie w sumie **$ 410.—** a skoro „Związek Ubezp. Przem. Pol.” w umówionym czasokresie ugodzonego odszkodowania nie zapłacił, wystąpiła znów jedynie przeciw niemu ze skargą o odszkodowanie w sumie $ 597.07 do Sądu Okręgowego w Krakowie L. cz. II. Cg. I. 367/29 i uzyskała przeciw „Związkowi” wyrok prawomocny, którego odpis w załączeniu przedkładamy.

3) „Związek" na tej podstawie zażądał od 2-ch Towarzystw, które od niego części ryzyka przyjęły, wyrównania udziałów w stracie na te Towarzystwa przypadające i Towarzystwa w drodze rozrachunku swe udziały w stracie wyrównały.

4) dopiero w trakcie sprawy, gdy ubezpieczona nabrała wątpliwości co do prawdopodobieństwa ściągalności jej pretensji od jej właściwego kontrahenta t. j. „Związku Ubezp. Przem. Polsk." zmieniła ona swoje stanowisko i wystąpiła ze skargami przeciw 2 innym Towarzystwom, opierając swe żądanie skargi na twierdzonym przez siebie fakcie, że „Związek Ubezp. Przem. Polsk." reasekurował się na jej korzyść w innych Towarzystwach asekuracyjnych.

Otóż broniąc się przed ponowną zapłatą przypadających na ich udziały w stracie sum, oba Towarzystwa broniły się zupełnie słusznie odnośnemi przepisami ustawy, po myśli których według **woli** ubezpieczonej wyrażonej tak we wniosku, jak i w późniejszych objawach woli, a to 1) zgłoszenie szkody, 2) pertraktacje ugodowe, 3) zawarcie ugody, 4) wystąpienie ze skargą L. cz. II Cg. I. 367/29 zawartą została umowa ubezpieczeniowa jedynie pomiędzy ubezpieczoną a „Związkiem Ubezp. Przem. Polsk.", zaś w konsekwencji rozdział ryzyka skutkował dla tych Towarzystw tylko zwrotną odpowiedzialność wobec „Związku Ub. Przem. Polsk.", z której Towarzystwa wywiązały się, skoro „Związkowi Ubezp. Przem. Polsk." swoje udziały w stracie wyrównały. Sądy wszystkich 3 instrancyj zupełnie trafnie uznały słuszność stanowiska zajętego przez odnośne dwa Towarzystwa.

Wobec powyższego Zarząd Związku Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce pozwala sobie wyrazić swą opinję, że postępowanie pomienionych Towarzystw było całkowicie poprawne.

Niezależnie od tego — ze względu na cały szereg innych wątpliwości, wynikających z zagadnienia koasekuracji tak w stosunku wzajemnym Towarzystw koasekuracyjnych, jak też w stosunku tych Towarzystw do ubezpieczonych w 2-ch byłych zaborach, Zarząd Związku Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce uchwalił opracować przy pomocyKoła Radców Prawnych — specjalny regulamin, normujący całokształt zagadnienia koasekuracji, który po uchwaleniu przez Związek Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce zostanie przedłożony Państwowemu Urzędowi Kontroli Ubezpieczeń do wiadomości.

Prezes

(—) K. Ambrożewicz

Sekretarz Jeneralny

(—) W. Kozłowski

1 załącznik

Sąd Okręgowy w Krakowie
Wydział II handlowy
dnia 27 października 1930.
Lcz. II. Cg. J. 367/29.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej.

Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział II handlowy przez s. s. o. D-ra Morusa w sporze Anny Heilig, właścicielki handlu skór w Tustanowicach, powódki, zast. przez D-ra Hopfingera, adw. w Drohobyczu — przeciw Związkowi Ubezpieczeniowemu Przemysłowców Polskich, Oddziałowi w Krakowie, pozwanemu, zast. przez D-ra Bernarda Fenigera, adw. w Krakowie — pto 597,07 $ U. S. A. zpn. — po przeprowadzonej z obu stronami rozprawie — orzekł:

Pozwany Związek Ubezpieczeniowy Przemysłowców Polskich Oddział w Krakowie winien zapłacić powódce Annie Heilig w Tustanowicach zaskarżoną sumę 597 dol. 07 ct. z 10% odsetkami od dnia 25 września 1929 i kosztami sporu w kwocie 473 zł. 56 gr. w dniach 14-tu pod rygorem egzekucji.

Uzasadnienie:

Według twierdzeń skargi ubezpieczyła powódka polisą z 2 października 1928 w pozwanym Związku swój skład skór w Tustanowicach na kwotę 1.000 dolarów od kra-

dzieży z włamaniem a to na przeciąg jednego roku.

W czasie trwania ubezpieczenia, a mianowicie w nocy z 28 na 29 lipca 1929 dokonano w sklepie powódki włamania, przyczem skradziono jej skóry wartości 597 dol. 07 ct. am. Na tej podstawie domaga się powódka od pozwanego Związku zwrotu tej sumy tytułem odszkodowania.

Pozwany Związek zarzucił:

1) że powódka aż do dnia wypadku nie zapłaciła premji ubezpieczeniowej,

2) że skarga powódki jest przedwczesna, albowiem powódka nie przedłożyła pozwanemu Związkowi przepisanych umową dokumentów t. j. faktu i świadectwa bezwinności,

3) że strony ugodziły się na kwotę 410 dolarów, a powódka zobowiązała się wobec tego skargę cofnąć,

4) że pozwany Związek nie ma podmiotowości prawnej i zdolności procesowej, albowiem istnieje tylko Związek Ubezpieczeniowy Przemysłowców Polskich w Warszawie, a Oddział w Krakowie nie jest rejestrowany.

Na podstawie zaprzysiężonych zeznań świadków Hermana Turnscheina i Mosesa Leiba Heiliga oraz zeznań powódki przyjął Sąd za stwierdzone, że:

1) powódka zapłaciła premję asekuracyjną zgóry za cały rok w chwili wręczenia jej polisy ubezpieczeniowej;

2) że powódka na żądanie pozwanego Związku przesłała mu listem poleconym z dnia 13 października 1929 świadectwo bezwinności oraz faktury;

3) że wprawdzie przyszła do skutku ugoda na 410 dolarów, jednakowoż była ona uwarunkowaną tem, że pozwany Związek zapłaci odszkodowanie to w ciągu 28 dni, wobec tego więc, że kwoty tej pozwany w terminie umówionym nie zapłacił, odżyła pierwotna pretensja powódki.

Wreszcie stwierdzono na podstawie polisy z daty Kraków, dnia 2 października 1928 Nr. 7253, że została ona wystawioną przez Oddział Krakowski pozwanego Związku, a zatem musi ten Oddział być uważany za Zakład filjalny, uprawniony do samoistnego działania, który swą osobowość prawną i zdolność procesową czerpie z faktu, że Zakład główny wpisany jest do rejestru handlowego.

Gdy zatem wszystkie zarzuty pozwanego Związku okazały się nieuzasadnione, należało orzec jak w tenorze wyroku, a o kosztach sporu po myśli § 41 p. c.

(—) Dr. Władysław Morus.

Należyte wygotowanie potwierdza
kierownik sekretarjatu

podpis (—)

Sąd Okręgowy w Krakowie.

pieczęć:

za zgodność

Syndyk tymczasowy Masy Upadłości
Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń

Związek Ubezpieczeniowy
Przemysłowców Polskich

(—) Grodziński.

Natan Grodziński.
Adwokat.

ORZECZNICTWA SĄDOWE.

Sąd Okręgowy w Krakowie
Wydział I cywilny
dn. 3 października 1930 r.
Lcz.: I Cg. J. d. 332/30.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej.

Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział I cywilny przez s. o. D-ra Sowilskiego w sporze Tomasza Górnego w Wilkowicach, powoda, zast. przez adw. D-ra Soldingera jako substytuta D-ra Feuersisena — przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń X, pozwanemu, zast. przez adw. Y — pro 2.455 zł. zpn. po przeprowadzonej rozprawie — orzekł:

I) Pozwany winien do dni 14-tu pod rygorem egzekucji zapłacić powodowi kwo-

tę 522 zł. 90 gr. z 10% odsetkami od dnia 20 listopada 1929 r. i kosztami tego sporu w kwocie 103 zł. 45 gr.

II) Odmawia się żądaniu powoda o przyznanie kwoty wyższej ponad przysądzoną kwotę.

U z a s a d n i e n i e.

Polisą ubezpieczeniową od ognia Nr. 215184 ubezpieczył powód w pozwanem Towarzystwie swe ruchomości na łączną kwotę 3.150.— zł. Polisa ta wystawioną została dnia 25 września 1928 r. W dniu 2 listopada 1929 r. powstał pożar w domu Michała Górnego, u którego mieszkał powód. Te okoliczności ustalił sąd na podstawie zgodnych podań stron. Twierdzi tedy powód, że wskutek pożaru spaliły mu się jego ruchomości, wskutek czego poniósł szkodę w kwocie 3.200.— zł. Z pomiędzy ruchomości uratował część ruchomości, których wartość podaje na 695 zł. a ponieważ ogólna suma ubezpieczeniowa wynosiła kwotę 3.150 zł. przeto domaga się odszkodowania w kwocie 2.455 zł.

Pozwane Towarzystwo zaprzeczyło, by pozwany doznał jakiejś szkody i zarzuca na wszelki wypadek, że powód wprowadził Towarzystwo w błąd zabezpieczając nieistniejące przedmioty, wobec czego z tego tytułu nie może mieć pretensji do odszkodowania.

Z natury interesu ubezpieczeniowego wynika, że ubezpieczenie nie może być źródłem ani środkiem do niesłusznego wzbogacenia się i że ubezpieczony może mieć prawo tylko do wyrównania strat rzeczywiście poniesionych. Przemawia za tem nietylko cel ubezpieczenia, ale także względy słuszności i dobrych obyczajów. Pod tym kątem widzenia należy też rozstrzygnąć wniesioną przez powoda skargę. Już na pierwszy rzut oka, wnikając w treść ubezpieczenia tudzież w wykaz spalonych rzeczy, przez powoda do skargi dołączony, widoczne jest, co też ustala sąd na podstawie swego przekonania, iż powód rzeczywiście dążył do zrobienia interesu na ubezpieczeniu zabezpieczając z jednej strony przedmioty, których wogóle nie miał i na wprost nieprawdopodobną kwotę, jako to dwa rowery na 600 zł. Jakkolwiek miał jeden rower, inne przedmioty domowe, służące do osobistego użytku na kwotę 300 zł. ubrania i bieliznę służby, której nie miał na 400 zł. ubrania i bieliznę swoją na 1.400.— zł. jakkolwiek jest rękodzielnikiem to jest tkaczem. Z drugiej zaś strony podając wygórowaną wartość rzeczy rzekomo spalonych, jak inne przedmioty do osobistego użytku bez ich wyszczególnienia na kwotę 100 zł. stare ubrania i bieliznę na 300 zł. naczynia kuchenne na 100 zł. jakkolwiek co do tych naczyń podał w swoim przesłuchaniu jako strona, iż obejmowały pięć talerzy i pięć garnków.

W tym stanie rzeczy nie mógł Sąd przy wypośrodkowaniu szkody oprzeć się na zeznaniach powoda. Tak samo i zeznania ojca powoda Michała Górnego tudzież siostry Katarzyny Górnej nie mogły być podstawą dla ustaleń sędziowskich gdyż pominąwszy stosunek pokrewieństwa zachodzący pomiędzy świadkami a powodem zauważa się, że świadkowie nie przytoczyli dokładnie i wyczerpująco ilości i jakości rzekomo spalonych rzeczy, a ponadto zeznania te są między sobą sprzeczne.

Jakkolwiek świadek Michał Górny zeznał, że powód zajmował u niego jeden pokój, w którym były także rzeczy świadka, zeznała siostra Katarzyna iż powód miał ten pokój wyłącznie do swojej dyspozycji, a gdy ta okoliczność mogła wywrzeć wpływ na kwestję ustalenia szkody, a zatem mogła być decydującą dla ustalenia szkody, przeto gdy zeznania tych świadków pod tym względem się różniły, pomija Sąd zeznania tych świadków przy ustaleniu szkody.

Natomiast przyjmując taką ilość przedmiotów, jaką jednostka w warunkach powoda i mieszkająca na wsi może posiadać, tudzież opierając się na zeznaniach świadka, który z ramienia pozwanego Towarzystwa zaraz po pożarze badał szkodę, ustalił Sąd, że bezpośrednio przed pożarem posiadał powód jak to podała świadkowi jego siostra Katarzyna,

dwa płaszcze	wartości	300	zł.
trzy ubrania	„	450	„
trzy pary bucików	„	120	„
pięć koszul	„	60	„
pięć kalesonów	„	35	„
jeden kosz	„	10	„
1 szafa	„	100	„
walizkę	„	20	„
dwa kapelusze	„	50	„
1 czapkę	„	10	„
1 parasol	„	10	„
1 laskę	„	3	„
6 krawatek	„	24	„
4 chustki	„	4	„
1 rower	„	300	„
		1.506	zł.

Ponadto jak to się ustala na podstawie zeznań świadków Rozalji Nikiel i Michała Dobiji posiadał powód lustro, 2 kapy i obrazy, których wartość podobnie jak i wartość poprzednio podanych ruchomości, przyjmując, że były nowe ustala się zgodnie z wartością przez powoda podaną na kwotę łączną 270 zł. tak, że łączna wartość wszystkich ruchomości wynosi kwotę 1.776 złotych.

Ponieważ pozwany uratował:

szafę	wartości	100	zł.
parę bucików	„	40	„
1 ubranie	„	150	„
1 płaszcz	„	150	„
rower	„	300	„
a nadto jak sam podaje obraz i czapkę	„	40	„
t. j. łącznie		780	zł.

przeto potrącając tę kwotę od powyższej kwoty 1.776 zł. okazuje się różnica w kwocie 996 zł.

W myśl umowy ubezpieczenia pozostała nieubezpieczona $^1/_4$ część ruchomości, co stanowi kwotę 249 zł. wobec czego wartość rzeczy ubezpieczonych wynosiłaby kwotę 747 zł. Przyjmując 30% zużycia zgodnie z zeznaniem świadka X okazuje się, że rzeczywista szkoda wynosi 522 zł. 90 gr. i tę tylko kwotę należało przyznać powodowi.

Co się tyczy zarzutu pozwanego Towarzystwa, że powód podał przedmioty nieistniejące i na zbyt wygórowaną kwotę, zauważa się, że zarzut ten nie może czynić umowy nieważną ani uchylić odpowiedzialności Towarzystwa, gdyż jak z jednej strony premja ubezpieczeniowa wymierzoną była w stosunku do kwoty ubezpieczeniowej, tak z drugiej strony rzeczą Towarzystwa było do czego miało prawo zbadać prawdziwość podań i ustalić wartość, a gdy tego pozwane Towarzystwo nie zrobiło nie może z tego wyciągać konsekwencyj niekorzystnych dla powoda. Wychodząc z założenia, że przy żądaniu rzeczywistej szkody sprawa należałaby do właściwości sądu powiatowego, przyznał sąd powodowi po myśli § 41 p. c. takie koszta jakieby mu się właściwie były należały.

(—) Dr. Adolf Sowilski.

Należyte wygotowanie potwierdza kierownik kancelarji.

WYROK.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej!

W sprawie 1) wdowy Alojzy Czyż po pierwszym mężu Wachtarczyk, urodz. Popek zam. w Gołkowicach, pow. Rybnik,

2) Małol. Marji Wachtarczyk,

3) Małol. Ewald Czyż, zam. w Gołkowicach, pow. Rybnik

powodów

zastąpionych przez pełnomocnika procesowego adwokata Chmielewskiego w Katowicach,

przeciw

Towarzystwu Ubezpieczeń X

pozwanemu

zastąpionemu przez pełnomocników procesowych adwokatów Y i Z.

o 5000 zł. zpn.

II Wydział Cywilny Sądu Okręgowego sekcja 4 w Katowicach, po przeprowadzonej ustnej rozprawie w dniu 11 maja 1931 r. przez Sędziego Okręgowego Dr. Gregorczyka, orzekł:

1) Pozwane Towarzystwo Ubezpieczeń X, zasądza się na zapłacenie powodom kwo-

ty 1950 zł. wraz z 10% odsetkami od dnia 27.III 1929 r.

2) Zresztą żądania skargi powodów się oddala.

3) Koszty sporu I instancji ponosi pozwane Tow. w 2/5 częściach oraz koszty postępowania odwoławczego w całości, zaś powodowie ponoszą w 3/5 częściach koszty sporu I instancji.

4) Wyrok uznaje się za tymczasowo wykonalny za złożeniem zabezpieczenia w kwocie 2000 zł.

Stan faktyczny

wynika z aktów, do których treści strony się odsyła.

Powody rozstrzygnięcia.

Powodowie żądali zasądzenia pozwanego Tow. na zapłatę kwoty 5000 zł. zpn. tytułem odszkodowania, twierdząc, że ubezpieczyli od ognia towary kolonjalne w swym składzie w Gołkowicach do wysokości 7500 zł. i że towary te w dn. 1/3 1929 r. wskutek pożaru się zniszczyły a szkoda z tego powodu wynosi 5000 zł. której pozwane Tow. nie chce zapłacić.

Pozwane Towarzystwo wniosło na oddalenie skargi podnosząc zarzut miejscowej niewłaściwości Sądu, przedwczesności skargi, braku legitymacji czynnej i wysokości żądanego odszkodowania. Zarzut niewłaściwości Sądu został załatwiony prawomocnie wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17/6 1930 r. na korzyść powodów.

Zarzut przedwczesności skargi jest nieuzasadniony, albowiem jak wynika z aktów karnych Prokuratury w Rybniku J. 340/29 c/a Jan Czyż pod datą 19.4 1929 r. (a więc jeszcze przed doręczeniem skargi w tej sprawie pozwanemu) na pismo pozwanego z dnia 10.4.29 Prokuratura w Rybniku zawiadomiła pozwane Towarzystwo, że dochodzenia względnie postępowanie karne przeciw Janowi Czyżowi (mężowi powódki) o podpalenie umorzone z powodu popełnienia w więzieniu samobójstwa, zaś dochodzeń karnych przeciw Alojzie Czyżowej powódka pod 1) o podpalenie nie prowadzono, gdyż o podpalenie podejrzany był jedynie ś. p. Jan Czyż.

Z tych aktów karnych wynika też, że już w dniu 14.3.29 umorzono postępowanie karne przeciw Janowi Czyżowi o podpalenie z powodu popełnienia w więzieniu samobójstwa przez tegoż Jana Czyża, powieszenie się.

Wprawdzie po myśli § 39 ogólnych warunków ubezpieczeniowych, pozwane Tow. może odmówić wypłaty odszkodowania, aż do chwili gdy zapadnie wyrok uniewinniający lub sprawa zostanie umorzona i gdy jedno albo drugie się uprawomocni to jednak w danym wypadku ta odmowa pozwanego Tow. jest niesłuszną, albowiem jak wyżej przytoczono sprawa karna przeciwko Janowi Czyżowi została umorzoną w dniu 14.3.1929 r. i to zasądzenie Prokuratury stało się prawomocnym, a obojętną jest rzeczą, czy umorzenie to nastąpiło z powodu popełnienia przez ś. p. Jana Czyża samobójstwa czy to samobójstwo popełnił on z obawy przed karą, czy też w rozstroju nerwowym z powodu posądzenia go o podpalenie gdyż nie zostało w dochodzeniach udowodnionem, że z winy Jana Czyża powstał pożar a samo tylko podejrzenie o to nie wystarcza, do obwinienia go o to, i samej z wyników dochodzeń karnych przypuszczać należy, że nawet gdyby doszło do rozprawy karnej, Jan Czyż zostałby uwolniony od ewent. oskarżenia o podpalenie, conajmniej dla braku dowodów winy.

Zarzut braku legitymacji czynnej został odparty przez przedłożone przez powodów poświadczenie dziedziczenia wedle którego są oni spadkobiercami ś. p. Jana Czyża.

Jak wynika z przedłożonego przez powódkę pisma z dnia 27.3.29 r. pozwanego Tow. to ostatnie ustaliło i przyznało powodowi tytułem odszkodowania za spalone w pożarze towary kwotę 1950 zł. zaś jak wynika z podpisanego przez powódkę oświadczenia z dnia 12.3.1929 r. powódka uznała powyższą kwotę w zupełności jako zaspokojenia wszystkich swoich pretensyj z tytułu tego ubezpieczenia wobec pozwanego Tow. i dlatego nie może ona domagać się więcej od niego, a pozwane Tow. winno tę kwotę wypłacić jej.

Wobec tego należało orzec jak w tenorze wyroku a o kosztach po myśli § 91 i 92 zaś o tymczasowej wykonaln. wyroku po myśli § 710 p. c.

(—) Dr. Gregorczyk.

Wypisano:

Katowice, dnia 18 maja. 1931 r.

St. sekretarz Sądu Okręgowego.

pieczęć:

Rzeczypospolita Polska

Sąd Okręgowy w Kotowicach.

WYROK

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej.

W sprawie Magdaleny Diering, ur. Marciniak w Rakoniewicach, pow. Wolsztyński

powódki

zastąpionej przez pełnomocnika procesowego adwokata Żuromskiego w Poznaniu przeciw Towarzystwu Ubezpieczeń „X"

pozwanemu

zastąpionemu przez pełnomocnika procesowego adwokata Y o zapłatę.

Wydział I Cywilny Sądu Okręgowego w Poznaniu po przeprowadzonej ustnej rozprawie w dniu 3 marca 1930 r. przez sędziego okr. Dr. Taszyckiego

orzekł:

I. Powódkę oddala się z żądaniem skargi.

II. Koszta sporu ponosi powódka.

III. Wyrok niniejszy odnośnie kosztów uznaje się za tymczasowo wykonalny.

Stan faktyczny

wynika z pism przygotowawczych stron, z protokułów, do treści których Sąd strony odsyła, a które były przedmiotem ustnej rozprawy.

Powody rozstrzygnięcia.

Skargę powódki należało uznać za nieuzasadnioną. Gdy powódka nie podała należycie faktycznych stosunków uzasadniających wnioski ani nie wymieniła środków dowodowych, któremi zamierzała się posługiwać, wezwał ją Sąd uchwałą z 31.5 1929 r. do sprecyzowania swych twierdzeń. Gdy następnie zastępca powódki w terminie oświadczył, że uchwały z 31.5 1929 r. wykonać nie może i dalszych oświadczeń mimo wezwania Sądu w I Instancji składać nie będzie, należało wobec tego, że zaniedbanie czynności procesowej po myśli par. 230 p .c. ma ten ogólny skutek, że stronę wyłącza od czynności procesowych, którą miała przedsiębrać, uznać skargę powódki jako bezzasadną i orzecz jak w tenorze wyroku. O kosztach postanowiono po myśli par. 91 p. c. a o tymczasowej wykonalności po myśli par. 709 pkt. 4 p. c.

(—) Dr. Taszycki.

Nr. spr. I. C. 1320/30 r.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej
Sąd Najwyższy!

W składzie: Przewodniczący Sędzia W. Kondratowicz, Sedziowie: Suryn S., E. Krotowski przy udziale jako sekretarza aplikanta Sądowego J. Kowalskiego i w obecności Prokuratora Z. Marcolli na posiedzeniu jawnem Izby Pierwszej d. 9 grudnia 1930 r. w sprawie Judki Rubinowicza przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń X o 6478 zł. 50 gr. rozpoznawał skargę kasacyjną adwokata pełnomocnika Judki Rubinowicza, na wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 lutego 1930 roku Judka Rubinowicz żądał zasądzenia od Towarzystwa Ubezpieczeń X 6478 zł. 50 gr. za spalone skóry, ubezpieczone w pozwanem Towarzystwie.

Sąd Okręgowy powództwo oddalił, a Sąd Apelacyjny wyrok ten zatwierdził.

W skardze kasacyjnej Rubinowicz zarzuca obrazę art. 339, 369, 410, 456 i 711 U. P. C. oraz art. 1134 i 1174 K. C.

Po wznowieniu postępowania w sprawie, zawieszonego na mocy decyzji z dnia 2 października 1930 r., wysłuchaniu sprawozdania Sędziego-Referenta, głosów rzeczników stron oraz wniosków Prokuratora,

zważywszy:

że kwestjonując zasadność przesłanek Sądu Apelacyjnego, który ustalił, iż po-

wództwo zostało wytoczone po upływie roku od dnia pożaru, wbrew warunkom polisy ubezpieczeniowej, skarżący zarzuca nieważność tego warunku z mocy samego prawa, odrzucenie dowodu ze świadków dla stwierdzenia zwlekania pozwanego Towarzystwa z odpowiedzią odmowną po długich pertraktacjach, pominięcie, iż wskutek tych pertraktacyj zawieszony został bieg przedawnienia wreszcie pominięcie, iż pozwane Towarzystwo zrzekło się przedawnienia, skoro w liście z dnia 13 sierpnia 1928 r., a więc przeszło w rok po pożarze, który miał miejsce w domu 18 maja 1927 r., broniło się okolicznościami, rzekomo usprawiedliwiającemi odmowę wypłaty odszkodowania;

że od przedawnienia, jako jednego ze środków umorzenia zobowiązań (art. 1274 K. C.), należy odróżniać terminy, które winny być bezwarunkowo zachowane dla ważności odnośnych czynności, takie zaś terminy, w pewnych wypadkach wprost przewidziane przez przepisy prawa (art. 957/K. C., art. 1676 K. C. i inn.), mogą być objęte umowami stron (art. 1134 K. C.), stosownie zaś do ustalonego poglądu doktryny i orzecznictwa warunek umowy co do prekluzyjnego terminu zgłoszenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczeniowej nie może być uznany za sprzeczny z porządkiem publicznym; upada przeto zarzut skargi kasacyjnej, dotyczący nieważności zatrzeżonego w p. 6 § 44 wiążącej strony polisy rocznego terminu od dnia pożaru na wytoczenie powództwa o odszkodowanie;

że gdyby nawet, jak to zarzuca skarżący, pozwane Towarzystwo, działając w złej wierze, istotnie przewlekało pertraktacje co do odszkodowania za pożar, przeciwko czemu zresztą skarżący mógł reagować ponagleniami, w sferach handlowych przyjętemi, to takie postępowanie pozwanego Towarzystwa nie stanowiło jeszcze o niemożności wytoczenia skargi do Sądu w myśl warunku, zawartego w p. 6 § 44 polisy, zgodnie zaś z poglądem doktryny i orzecznictwa tylko absolutna niemożność wcześniejszego zgłoszenia roszczeń usprawiedliwia skargę, zgłoszoną po upływie umówionego prekluzyjnego terminu;

że skoro skarżący w toku instancji nie powoływał się na niemożność wytoczenia powództwa w terminie, zastrzeżonym w polisie, a żądał tylko zbadania jednego z liczby sześciu świadków, w skardze powodowej wskazanych, dla stwierdzenia, iż toczyły się pertraktacje o odszkodowanie, to odmowa przez Sąd Apelacyjny sprawdzenia zaofiarowanego dowodu znajduje uzasadnienie w art. 366 — I U. P. C., jednocześnie zaś upada zarzut pominięcia zawieszenia przedawnienia;

że wreszcie zarzut, iż pozwane Towarzystwo wobec listu z dnia 13 sierpnia 1928 r. zrzekło się przedawnienia, jako podniesiony poraz pierwszy w skardze kasacyjnej, nie ulega rozpoznaniu;

że przeto skarga kasacyjna, jako bezpodstawna ulega oddaleniu z tych zasad Sąd Najwyższy skargę kasacyjną oddala.

Na oryginale właściwe podpisy.

Za zgodność z oryginałem świadczy

Starszy Sekretarz Sądu Najwyższego

(—) podpis nieczytelny (M. P.)

Sprawdzał (—) podpis nieczytelny.

Za zgodność

St. Sekretarz: (—) podpis nieczytelny.

Sąd Okręgowy we Lwowie
Wydział III
d. 21 października 1929
Cg. X. 50/28

22

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej!

Sąd Okręgowy Wydział Handlowy III we Lwowie przez SSO.Łukianowicza jako przewodniczącego, SSO. Dolińskiego i SSO. Błockiego jako głosujących, w sprawie spornej Mechla Hüblera, właściciela młyna w Stanisławowie ul. Szewczenki 18, zast. przez adw. D-ra Bernarda Ziffera w Stanisławowie powoda przeciw Towarzystwu Ubezpieczeń Y, zast. przez adw. X, pozwanemu o zapłacenie kwoty 500 dol. am. zpn. po przeprowadzonej rozprawie, orzekł:

I. Oddala się powoda z żądaniem skargi na wydanie orzeczenia, że pozwane Towarzystwo winno do dni 14 pod rygorem egzekucji zapłacić powodowi kwotę 500 dol. am. Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej z 10% odsetkami od dnia pozwu oraz zwrócić koszta sporu.

II. Powód winien jest do dni 14 pod rygorem egzekucji zapłacić pozwanemu Towarzystwu koszta sporu w kwocie 393 zł. 40 gr.

Uzasadnienie:

Niespornem jest, że powód ubezpieczył w pozwanem Towarzystwie od ognia między innemi motor ropny w swym młynie na kwotę 500 dol. tudzież, że dnia 13 grudnia 1927, ów motor uległ uszkodzeniu.

Powód twierdząc, że uszkodzenie motoru nastąpiło wskutek eksplozji, żąda od pozwanego Towarzystwa wypłaty odszkodowania w wysokości sumy ubezpieczeniowej, a pozwane Towarzystwo wypłaty odszkodowania odmawia, twierdząc, że motor nie był od eksplozji ubezpieczony dla braku specjalnej umowy w tym kierunku, tudzież, że motor uległ uszkodzeniu nie z powodu eksplozji, tylko wskutek pęknięcia płaszcza na zbiornik wody chłodzącej z powodu panującego wówczas silnego mrozu.

Pierwszy zarzut pozwanego Towarzystwa znajduje uzasadnienie w przepisie § 73 ustawy o umowach ubezpieczeniowych z 23.12.1917 Nr. dz. u. stanowiącym, że o ile chodzi o ubezpieczenie szkody od eksplozji, musi być rodzaj tej eksplozji w umowie bliżej określony.

Tymczasem wedle treści polisy, ubezpieczenia spornego motoru dotyczącej, żadnego postanowienia w kierunku szkody od eksplozji niema.

Rozstrzygnięcie jednak sporu zawisło ostatecznie od stwierdzenia, co było przyczyną uszkodzenia spornego motoru. Otóż na podstawie orzeczenia znawcy, który wydał swe orzeczenie po oglądnięciu motoru i przy uwzględnieniu opisu przez naocznych świadków, jak wyglądały uszkodzenia poszczególnych części, bezpośrednio po wypadku, ustala się, że przyczyną uszkodzenia motoru było urwanie się śruby korbowodowej, albowiem uszkodzenia, skonstatowane na motorze odpowiadają najdokładniej skutkom takiego urwania. Urwanie takie zdarza się dość często przy silnikach czterotaktowych, zwłaszcza starych i w złym stanie zachowania będących, a w takim właśnie stanie znajdował się sporny motor, nie będąc wedle zeznań świadka Eisiga Dawida Rubina od paru lat montowanym.

Ustala się następnie na podstawie orzeczenia znawcy, że wypadek podobnego uszkodzenia następuje z przyczyn czysto mechanicznych i nie ma nic wspólnego z jakąkolwiek eksplozją.

Skoro wobec powyższych ustaleń uszkodzenie spornego motoru nie nastąpiło ani od ognia, ani wskutek eksplozji, brakło powodowi faktycznej i prawnej podstawy do domagania się od powodowego Towarzystwa odszkodowania, dlatego też należało powoda z żądaniem skargi oddalić.

Orzeczenie o kosztach sporu opiera się na przepisie § 41 p. c.